

# **Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: Uma Abordagem Antropológica**

SONIA NUSSENZWEIG HOTIMSKY

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração:  
Saúde Materno-Infantil

Orientadora:  
Prof. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga

São Paulo  
2001

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1. Apresentação do tema e escopo da pesquisa	1
1.2. Acerca da trajetória da investigadora e do interesse pelo tema	7
1.3. Sobre o objeto e 'locus' do estudo	15
 <b>2. A SAÚDE MATERNA: A DESQUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E AS RECENTES INFLEXÕES NA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PARTO</b>	 <b>18</b>
 <b>3. COMENTÁRIOS ACERCA DO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E DO PAPEL DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS E OBSTETRIZES NO CAMPO DA SAÚDE</b>	 <b>29</b>
 <b>4. O DEBATE ANTROPOLÓGICO SOBRE A QUESTÃO DO NASCIMENTO E PARTO</b>	 <b>41</b>
4.1. Perspectivas antropológicas sobre o nascimento e parto	41
4.2. Contribuições da literatura para o estudo da experiência de parturição no Brasil	75
4.2.1. De cesareas enquanto 'preferência' ou da 'cultura da cesárea'	75
4.2.2. Do parto fora do hospital: falta de opção ou preferência?	88
4.3. Algumas contribuições das ciências sociais acerca da noção de risco	100
4.3.1. As noções de risco em relação ao parto	105
4.3.2. A discussão acerca da 'maternidade segura' no contexto da modernidade reflexiva	110
 <b>5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	 <b>113</b>
5.1. Pesquisa de campo etnográfica	113
5.2. Pesquisa sócio-epidemiológica	121
 <b>6. O CENÁRIO DA PESQUISA</b>	 <b>124</b>
6.1. A proposta de trabalho da Associação Comunitária Monte Azul – ACOMA	124
6.1.1. A concepção antropológica da proposta de trabalho da ACOMA	125
6.1.2. A concepção antropológica do parto e nascimento	138
6.1.3. O serviço de atendimento ao pré-natal, parto e pós parto no ambulatório da ACOMA	146

6.2. Distribuição sócio - espacial da clientela	148
6.3. Perfil sócio-epidemiológico de mulheres e recém-nascidos, atendidos pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA	165
6.3.1. Caracterização das mulheres	165
6.3.2. Características da gestação na população estudada	173
6.3.3. Caracterização das condições de nascimento da população estudada	174
7. A CAMINHO DA MONTE AZUL	178
8. O PRÉ-NATAL – CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES NA FORMA COMO ESSE SERVIÇO ERA UTILIZADO PELA CLIENTELA	197
8.1. Algumas características do atendimento ao pré-natal oferecido pelo ambulatório da ACOMA	197
8.2. Continuidades e descontinuidades nos padrões de frequência ao serviço	202
9. ACERCA DO PARTO	215
9.1. Algumas características do atendimento ao parto oferecidos pelo ambulatório da ACOMA	215
9.2. Considerações acerca das 'opções' de se fazer o parto 'fora' ou 'dentro' do hospital	224
9.3. Padrões de acompanhamento ao parto	262
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	296
11. BIBLIOGRAFIA	303

ANEXO I: Algumas reportagens à respeito da Casa de Partos da ACOMA e/ou da 'parteira diplomada' Angela Gehrke da Silva e a referência a este serviço no 'Projeto QUALIS'

ANEXO II: Documentação referente à participação em Mesas Redondas e Palestras ministradas por Angela Gehrke da Silva e visita ao ambulatório da ACOMA sob sua supervisão

ANEXO III: Legislação referente à enfermagem, obstetrizes e parteiras

ANEXO IV: Notificação do COREN-SP endereçada à Angela Gehrke da Silva e Erika Alfrs da ACOMA

ANEXO V: Declaração de Nascidos Vivos - Ficha SINASC

ANEXO VI: Termo de Compromisso Ético da Pesquisa

ANEXO VII: Consentimento Livre e Esclarecido

Autorizo, exclusivo para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

## **AGRADECIMENTOS**

Para realizar esta dissertação, foi necessário mobilizar uma "vasta rede de relações sociais", a cujos membros estou profundamente grata. Trata-se de um trabalho coletivo, cujos méritos se devem às colaborações de muitas pessoas e cujos defeitos e incorreções são, exclusivamente, de minha responsabilidade.

À Professora Doutora Augusta Thereza de Alvarenga, minha orientadora, pela essencial orientação, estímulo e infinita paciência na organização desta tese.

À Angela Gehrke da Silva, inspiradora desta dissertação e que tanto ensinou a todos nós da Rede pela Humanização do Nascimento e Parto sobre a assistência ao parto, pela generosidade com que me abriu as portas de seu consultório e sala de parto.

A Leda Aschermann, Presidente da Associação Comunitária Monte Azul e colega da Faculdade de Saúde Pública, responsável pela minha apresentação à Angela e por todo o incentivo para a realização desta pesquisa

Aos funcionários da ACOMA, particularmente à Márcia e Wilma, pela recepção calorosa e pela disponibilidade demonstrada ao longo do percurso

Às integrantes da Banca do exame de qualificação, Professora Mariana Kawall Leal Ferreira e a enfermeira Ruth Hitomi Osava, pelas relevantes sugestões e comentários.

À Professora Mariana Kawall Leal Ferreira, a quem devo um especial agradecimento, por ter colaborado na organização do projeto, pela maravilhosa convivência e estímulo, quando fui sua aluna na disciplina de Antropologia da Saúde e por ter possibilitado minha aproximação da Professora Cecília Van Hollen, importante interlocutora na discussão de questões envolvidas neste trabalho.

À Professora Cecília Van Hollen, cujo trabalho muito inspirou esta dissertação

A Professora Maria da Penha Costa Vasconcellos, da Disciplina Fundamentos da Investigação Científica, e aos colegas de turma, pelo apoio e incentivo na formulação da primeira versão do projeto desta dissertação.

Ao Professor Ivan França Júnior, pelas relevantes sugestões em relação ao tema do direito a acompanhantes durante o parto.

Aos membros titulares e suplentes da banca examinadora, Professoras Márcia Furquim de Almeida, Claudia Fonseca, Maria Luiza Heilborn e Ana Cristina d'Andretta Tanaka, pela generosa atenção com que leram a dissertação e pelas valiosas críticas e comentários.

A Marcia Furquim, responsável pela minha "iniciação" em análises quantitativas, por ter me orientado na análise sócio-epidemiológica e, principalmente, pelas longas e estimulantes conversas, pelas interrogações assim como pelas críticas agudas e extremamente pertinentes.

A Simone Diniz, que muito me tem ensinado sobre a assistência ao parto, pelo prazeroso convívio e pelas ótimas referências bibliográficas.

À CAPES pela Bolsa concedida para a realização deste trabalho.

Às companheiras de trabalho, colegas e amigas do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto e, em especial, à Dra. Daphne Rattner e Dra. Sonia Venâncio, Maria Inês Martins Miranda e Maria Cecília Dias de Miranda, pela grata e estimulante oportunidade de colaborar em outras pesquisas e na organização de eventos acerca da avaliação da qualidade da assistência ao nascimento e parto, pelas relevantes contribuições que fizeram em nossas discussões sobre o tema e pelo carinho e entusiasmo com que acolheram os primeiros resultados desta pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Estudos de Gênero da UNICAMP e, em especial, à Heloisa Buarque de Almeida, por seus comentários em relação a este e outros trabalhos, pela interlocução e pela convivência.

Aos companheiros da Rede pela Humanização do Nascimento e Parto, pelos sonhos compartilhados e pelo aprendizado apaixonado, valoroso e, às vezes, difícil e doloroso da militância.

Ao pessoal do SEADE: Luís Patrício Ortiz Flores, Margarete Jordani, Paulo Borlina e Irineu Barreto, pela presteza em disponibilizar índices indispensáveis para a análise quantitativa e pelo apoio na confecção dos cartogramas

À Abigail Nogueira Lira e Geraldina de Jesus Santos, que tanto me ensinaram sobre a assistência ao parto e sobre parteiras, ao compartilharem comigo suas trajetórias e pela assistência prestada nos cuidados com meus filhos e com a casa.

A Michele Peixoto, Adalgiisa Alves da Silva e Miriam Teodoro Paniquar pela transcrição das entrevistas.

A Maria Mercedes Loureira Escuder, Ivaldo Olímpio de Oliveira e Nilson Silva Soares pela apoio na confecção do programa e análise do banco de dados.

A Regina Facchini, pela amizade e pela ajuda na revisão do banco de dados

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Saúde Materno Infantil: Elba Barreto, Maria Takishita, Leandro Firmino Cleto, pela cotidiana colaboração e constante apoio

À Iara Macedo, um especial agradecimento, por seu esmerado trabalho de diagramação final desta dissertação, assim como pelo encaminhamento de providências finais do trabalho de confecção.

Aos funcionários da Biblioteca de Saúde Pública e, em particular a Maria Lúcia Ferraz, pela gentileza e disponibilidade com que sempre me receberam e pelo apoio na pesquisa bibliográfica.

À Professora Fumika Peres, que tive a grata satisfação de conhecer apenas na reta final deste trabalho, pelo companheirismo, compreensão e incomensurável apoio, assim como pela paciente revisão e sugestões para o aperfeiçoamento final do texto

Aos alunos da Escola de Sociologia e Política, pelas animadas discussões sobre antropologia da saúde em sala de aula

Aos amigos Paula Janovitch, Monica Musatti Cytrynowicz e Roney Cytrynowicz que também foram interlocutores importantes na elaboração deste trabalho, discutido em longas caminhadas pelo Parque da Água Branca

Aos amigos José Marcos, Luciana, Robbie, Bárbara, Celso, Mônica, Roney, Monica, Sonia, Marcelo, Aidê, Marcelão, Maíra e Dov, que fizeram companhia à minha família nas muitas ausências, em fins de semana e feriados

A meus sogros Mark e Noemia Hotimsky, pela ajuda a meus filhos e pelo apoio e carinho

Aos meus pais, Ruth e Victor, pelo apoio, estímulo e por acreditarem em mim.

A meus filhos, pelo carinho, bom humor e pela imensa compreensão e paciência com as minhas ausências

Ao meu companheiro, Silvio Hotimsky, o mais entusiasmado interlocutor, pela colaboração em todas as fases deste trabalho, pelo apoio ilimitado, pelo carinho e pela imensa paciência

A Augusta, Fumika, minha mãe Ruth e meu companheiro, Silvio, que me ajudaram a por um ponto final neste trabalho – o que não foi fácil...

Finalmente, o meu agradecimento profundo aos sujeitos deste estudo, mulheres que passaram pela experiência da gestação e parto, assistidas pelo serviço da ACOMA, e que se dispuseram a prestar depoimentos, permitiram a observação de seus atendimentos, autorizando-me a entrar em suas intimidades, sem o que não teria sido possível a realização do presente trabalho.



## RESUMO

HOTIMSKY, S.N. **Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: Uma Abordagem Antropológica.** São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Este estudo de caso buscou caracterizar a clientela de camadas populares e médias de um serviço de saúde "alternativo", com uma proposta de parto ambulatorial realizado fora do hospital, assistido por obstetrizes. Seu objetivo principal foi o de compreender a forma como ambas as clientelas conheceram e passaram a freqüentar esse serviço e os motivos que as levaram a fazerem essa opção, buscando reconhecer semelhanças e diferenças entre elas. O serviço em estudo foi o ambulatório e a Casa de Parto da Associação Comunitária Monte Azul - ACOMA, associação antropológica que tinha, por objetivo, prestar serviços de saúde, prioritariamente, a moradores de duas favelas e do bairro em que se situa. A análise parte de uma abordagem antropológica, na qual a parturição é vista como uma arena, em que concepções e práticas conflitantes e competitivas se confrontam e se articulam. Foram utilizados métodos e técnicas qualitativos e quantitativos. A realização de entrevistas semi-abertas, visando a apreender as narrativas dos sujeitos acerca de suas vivências de gestação e parto, ao lado da observação participante de consultas de pré-natal e parto foram os principais instrumentos da análise qualitativa empreendida. Foi usada metodologia quantitativa para caracterizar o cenário da investigação, em que se procurou traçar o perfil sócio-epidemiológico de 564 mulheres atendidas nesse serviço, no período entre abril de 1995 e março de 1998, e de seus recém-nascidos, a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Os resultados do levantamento sócio-epidemiológico indicam que a maioria de sua clientela (77,2%) reside fora da área de abrangência prioritária da ACOMA. Por outro lado, a grande maioria dessas mulheres (93,5%) pertence aos estratos mais pobres da população do Município de São Paulo.

As maneiras pelas quais a clientela soube da existência desse serviço e padrões de freqüência ao pré-natal são descritas e analisadas, quantitativa e qualitativamente, apontando para continuidades e discontinuidades entre a clientela "particular" e de "usuárias". Destaca-se que, para muitas "usuárias", a ACOMA era o serviço de pré-

natal mais freqüentado na gestação, e 44,2% dessas, deram à luz no mesmo serviço. A tendência predominante entre as "clientes particulares", por outro lado, era a de realizarem o pré-natal, simultaneamente, nesse e em outro serviço, pois procuravam a ACOMA, com a intenção de evitarem um parto hospitalar e de conferirem a proposta de parto do mesmo. As razões apresentadas e que levaram à escolha desse serviço para realizarem o parto foram múltiplas e complexas e acompanhadas de constrangimentos de ordem sócio-econômica e cultural. Entre elas, destacaram-se, o relacionamento com profissionais de saúde, a percepção de riscos em relação ao parto e a possibilidade de contar com acompanhantes de sua escolha, no momento do parto. Entre as "usuárias", o maior temor em relação ao parto hospitalar era o de não ter acesso a um leito, na hora necessária, e, entre as "clientes particulares", temia-se a cesárea desnecessária. Questões que se colocaram e que merecem ser aprofundadas referem-se a certas noções e valores em relação à sexualidade e à maternidade e sua associação com noções de "modernidade" em relação à família e ao parto, bem como sobre o processo de constituição da autoridade cultural e social de profissionais de saúde.

**Descritores:** Casa de Parto; Parto fora do Hospital; Assistência ao Parto; Antropologia da Saúde; Antropologia Médica; Obstetrizes; Avaliação da Assistência da Perspectiva Leiga; Autoridade de Profissionais de Saúde.

## SUMMARY

HOTIMSKY, S.N. **Childbirth at the Monte Azul Clinic and Birth Center of the Monte Azul Community Association: an anthropological approach.** São Paulo; 2001. [Masters Dissertation - School of Public Health, University of São Paulo].

This study describes some of the characteristics of lower and middle class clients of an "alternative" health care center in which midwives were assigned to maternity care in an out clinic. Its primary objective was to understand how clients became familiar with the proposal; the patterns of attendance; why they chose this form of maternity care in a context where hospital birth is predominant, and whether there were significant differences in these patterns according to social class. This study was conducted at the Monte Azul Clinic and Birth Center, administrated by the Monte Azul Community Association (ACOMA). The latter is an anthroposophical association, whose basic objective is to attend to demands of the inhabitants of two shanty towns and the surrounding neighborhood. An anthropological approach in which birth is viewed as an arena where conflicting and competitive concepts and practices are articulated and confront themselves is adopted in analysis. Qualitative and quantitative methods and techniques were employed. Interviews focused on the experiences with respect to pregnancy and birthing among the subjects of this study. Participant observation of pre-natal consultations and of childbirths were also conducted. In order to characterize the context of the field of research, quantitative methodology was employed. A social and epidemiological profile was constructed of the 564 women (as well as their newborns) who gave birth between April 1995 and March 1998, receiving maternity care from midwives working at the Clinic and Birth Center during this period. For this purpose data was collected from the Declaração de Nascidos Vivos - Live Birth Form, a document from the Ministry of Health, filled out at birth by the birth attendant which records data concerning live births. Results indicate that the majority of its clients (77,2%) did not live within the association's "target" community. On the other hand, data indicates that the majority of women attended (93,5%) belonged to the poorest segments of the population of São Paulo City.

How clients were informed about the existence of this Clinic and Birth Center as well as patterns of attendance are described and analyzed using quantitative and

qualitative approaches. Continuities and discontinuities with respect to these patterns among the Clinic's clients and the midwives' private clients are described and analyzed. Many of the Clinic's clients, recurred to this service predominantly for their prenatal checkups and 44,2% of these women recurred to the midwives' assistance for maternity care. Among the midwives' private patients, on the other hand, the predominant tendency was to do prenatal checkups simultaneously at the clinic and at other clinics where they were attended by obstetricians. The latter wanted to avoid hospital maternity care and attended prenatal checkups so as to confer and perhaps adhere to the midwives' proposal of maternity care. Reasons presented with respect to choice of care in childbirth are multiple and complex, involving social, economic and cultural constraints. Among the reasons referred to in the interviews, the most recurrent were the quality of the relationship established with the health professionals; perception of risks with respect to childbirth; and the possibility of having support persons of their choice present during labour and childbirth. Among the clinic's clients, the fear of not gaining access to a hospital bed in due time was their major concern with respect to hospital maternity care. Among the midwives' private patients, the fear of being submitted to a unnecessary cesarean section was a major concern with respect to hospital maternity care. Themes which emerged in this study and require further research include notions of 'modernity' and their association to concepts and values concerning sexuality and maternity as well as questions related to the construction of cultural and social authority.

**Key words:** Birth Centers, Out-of-hospital maternity care; maternity care; medical anthropology; anthropology of health; midwives; health care evaluation from a lay perspective; professional authority among health professionals

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Apresentação do tema e escopo da pesquisa**

Esta pesquisa se insere na temática da antropologia da saúde, voltando-se, mais especificamente, para a análise da reprodução. Diversos estudos contemporâneos nessa área têm focalizado os conflitos de poder que se explicitam nos diferentes momentos do processo reprodutivo. Neste trabalho, a parturição é vista como uma arena na qual concepções e práticas conflitantes e competitivas se confrontam e se articulam (VAN HOLLEN: 1994 e 1998).

Identificar os diferentes valores culturais e as relações sociais de poder que se explicitam no processo reprodutivo e analisar as formas, através das quais se realizam os conflitos e acomodações entre elas, é fundamental para compreendermos os significados do parto e nascimento em uma sociedade contemporânea (LOYOLA: 1992; MARTIN: 1992; GINSBURG & RAPP: 1991 e 1995; VAN HOLLEN: 1998). Ao mesmo tempo, como apontam Ginsburg & Rapp a contribuição fundamental da antropologia para o estudo da reprodução social tem sido a de elucidar as maneiras pelas quais esse processo, seus sentidos biológicos e sociais, está vinculado de forma indissociável à produção da cultura:

"Ao utilizar a reprodução como ponto de entrada para o estudo da vida social, podemos ver como culturas são produzidas (ou contestadas) enquanto as pessoas imaginam ou possibilitam a criação da geração seguinte, mais diretamente através do acolhimento e cuidados à criança. Mas a contribuição duradoura da antropologia à reprodução social tem sido a de elucidar que esse processo envolve muito mais do que a procriação em seu sentido literal, as crianças nascem dentro de arranjos sociais complexos, por meio dos quais legados de propriedade, posição, direitos e valores são negociados através do tempo. Nesse sentido, a reprodução em seus sentidos biológico e cultural, é indissociavelmente vinculada a produção de cultura." (GINSBURG & RAPP: 1995:1-2)

Em termos específicos, o presente estudo procurou descrever e analisar as concepções e práticas em relação ao parto de mulheres de

camadas populares e camadas médias que optaram por realizar seus partos fora do hospital ou que freqüentaram um serviço que lhes oferecia essa possibilidade.

Compreender quais os motivos que levaram mulheres de distintas camadas sociais a fazerem essa opção, buscando depreender até que ponto se assemelham e se diferenciam, foi outro objetivo deste estudo.

Ao explorarmos as suas experiências em relação ao processo reprodutivo, as questões que se colocaram, que foram identificadas e mereceram ser aprofundadas, referiram-se a algumas concepções de corpo que estão em jogo nesse processo e valores em relação à sexualidade, à maternidade e à saúde.

Ao investigarmos os significados simbólicos associados ao parto e nascimento, identificamos quais os riscos e perigos que priorizam.

Finalmente, documentamos a narrativa da trajetória percorrida por essas mulheres e seus acompanhantes em busca de assistência, procurando resgatar a avaliação que faziam dos diferentes serviços e de propostas de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto, aos quais tiveram acesso.

Para caracterizarmos o cenário da investigação, buscamos traçar o perfil sócio-epidemiológico de mulheres e recém-nascidos atendidos pelo serviço de assistência ao parto de uma ONG antroposófica, a Associação Comunitária Monte Azul - ACOMA, que oferecia atenção ambulatorial ao parto, isto é, um atendimento a partos fora do hospital.

À medida que, do ponto de vista metodológico, a apreensão das narrativas dos sujeitos sociais, ao lado da observação participante, foi o instrumento privilegiado para a consecução desta pesquisa, as considerações que TURNER (1986) faz a respeito das mesmas merecem destaque.

Para esse autor, os momentos de ruptura, ou os "dramas sociais" (TURNER: 1957;1974), que emergem da vida cotidiana como seqüências isoláveis da experiência, marcadas por começo, meio e fim, freqüentemente se expressam por meio de narrativas ou de outras formas expressivas, pois

são os meios através dos quais as pessoas contam as coisas que são mais significativas em suas vidas e, ao mesmo tempo, reveladoras da cultura.

O parto e o nascimento, transições significativas no curso vital (FRIED & FRIED:1983), marcadas por rituais diferentes na maioria das culturas (VAN GENNEP:1960), certamente, podem ser consideradas um desses momentos de ruptura na vida de mulheres que tiveram crianças.

Por isso, o parto costuma ser, freqüentemente, para estas últimas, um tema privilegiado de reflexão e de construção de narrativas. Embora ele possa não ser vivenciado com a mesma intensidade por outros participantes desse evento que não a mulher, certamente, é marcante para esta que, segundo nossas observações, também tendem a recontar a experiência sob forma de narrativa.

Segundo essa vertente, inspirada em Wilhelm Dilthey (apud TURNER:1986), a experiência é constituída pelos dados sensoriais, pela cognição, pelos sentimentos e pelas expectativas. Essa experiência é interpretada pelo indivíduo e transmitida verbalmente por imagens e por impressões. Essas expressões ou representações sociais acerca da experiência, articulações intersubjetivas construídas a partir do acionamento de determinado sistema simbólico, constituem o objeto de interpretação deste trabalho.

O fato de enfocar um serviço 'alternativo' de atenção à saúde reprodutiva permitiu-nos um acesso privilegiado ao modo como se dá o confronto e articulação entre algumas das distintas concepções e práticas em relação à parturição, existentes em nosso meio. Assim, esse estudo buscou reter de que maneira crenças e práticas 'alternativas' de parto se relacionam com as crenças e práticas biomédicas e quais os espaços sociais que estas últimas deixam abertas para atuação daquelas.

A presente investigação é um estudo de caso sobre a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, prestada sobretudo por Angela Gehrke da Silva<sup>1</sup>, parteira diplomada ou obstetriz que se formou na Alemanha, no ambulatório e na Casa de Parto da Associação Comunitária Monte Azul

(ACOMA). Além de Angela, que coordenava o serviço, outra obstetriz, Érika Alfe, que também realizara sua formação na Alemanha, trabalhava alí desde 1996. O serviço, que descrevemos abaixo, esteve em funcionamento durante 15 anos, sendo reconhecido no meio acadêmico, pela imprensa e por profissionais de saúde pela sua qualidade de assistência<sup>2</sup>. Ruth Hitomi Osava dedica sua tese à Angela e afirma que,

"Os ótimos resultados obtidos por Angela ao longo desses anos de atividades na favela, obrigou-nos a rever nossos próprios modelos assistenciais. Seus índices perinatais equiparam-se aos melhores da Europa; a taxa de episiotomias em seu serviço é 17%, e de cesareanas, 3%." (OSAVA: 1997:79)

Em 1997, 300 consultas de pré-natal e pós-natal e 14 partos eram realizados mensalmente, em média, na Casa de Parto.

A Casa de Parto encontra-se temporariamente fechado, desde final de março de 1998, quando o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN-SP- notificou Angela Gerhke e Érika Alfe, que estavam infringindo a lei. A partir daquele momento, não poderiam mais exercer sua profissão até regularizarem a sua situação, mediante obtenção do diploma de obstetriz ou enfermeira obstétrica no Brasil.

Érika deixou de exercer a profissão e Angela fez cursos de adaptação para obter a revalidação de seu diploma de obstetriz - conseguida junto à Escola Anna Nery de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1999 - e pretendia reabrir a Casa de Parto. Entretanto, ao receber a notícia de que a revalidação de seu diploma havia sido aprovada pela Congregação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade

---

<sup>1</sup> Ver anexo II para obter maiores informações sobre Angela Gehrke da Silva, cuja biografia consta do documento de inscrição para concorrer ao Prêmio Direitos Humanos da USP.

<sup>2</sup> O serviço se distinguia das maternidades do Estado e do município, cujos procedimentos são pagos pelo SUS por uma série de indicadores maternos os quais analisamos na seção 6. Ele foi objeto de várias reportagens na Folha de São Paulo, de autoria de Aureliano Biancarelli, sendo a primeira de 9 de março de 1997, seção A, p.6 e a última em 12 de março de 2000, seção 3, p.11. Também foi objeto de reportagem em diversas revistas e de programas de televisão. Objeto de estudo de dissertação de mestrado defendido na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais da USP (FIGUEIREDO: 1999) ele também recebe menção em teses de doutorado das Faculdade de saúde Pública (OSAVA: 1998) e Enfermagem (RIESCO: 2000) da USP. Recentemente, Angela Gehrke da Silva foi indicada pelo corpo docente desta última Faculdade para o Prêmio de Direitos Humanos da USP.



Federal do Rio de Janeiro, estava já com data marcada para a realização de uma cirurgia para extrair um tumor maligno do pulmão. O câncer, já em estado avançado, levou-a de volta para sua terra natal, em meados de 1999. Pretendia regressar no início do ano seguinte, havia se comprometido a atender os partos de algumas clientes suas, muito queridas. Tanto elas, como Angela, custaram a acreditar que isso não seria possível. Angela Gehrke da Silva faleceu, junto à sua família, no dia 5 de março de 2000. Não pôde realizar seu sonho de reabrir a Casa de Parto mas, lá da Alemanha, enviava mensagens aos seus diversos colaboradores, pedindo-lhes para darem continuidade a esse projeto, atualmente encabeçado por Vilma Etsuko Nishi, enfermeira obstétrica antroposófica, e Walter Swair Canôas, gineco-obstetra homeopata, ambos funcionários do ambulatório da ACOMA.

O fechamento da Casa de Parto trouxe diversas repercussões para as pessoas envolvidas, particularmente para as gestantes, que não puderam mais contar com a assistência ali prestada. Influenciou, também, os rumos desta pesquisa.

Por um lado, provocou uma alteração no protocolo de pesquisa, que contemplava, originalmente, um período maior de observação participante de partos e nascimentos. Este teve, por base, as observações de atendimentos ao pré-natal, parto e pós-parto e entrevistas preliminares, realizadas entre agosto de 1997 e março de 1998; a observação de mais três partos de pacientes particulares realizados entre esta última data e o primeiro semestre de 1999; e as entrevistas retrospectivas que realizamos com mulheres, cujos partos ou consultas de pré-natal pudemos acompanhar no primeiro período de pesquisa.

Por outro lado, esse incidente apontou para a necessidade de investigar melhor os conflitos de poder que se explicitam nesse drama social (TURNER: 1957;1974), em torno de concepções conflitantes e competitivas de parto, atenção ao parto, e as noções de risco a elas associadas.

Marsden WAGNER tem apontado uma tendência global de 'caça às bruxas' em que, em nome dos 'riscos' que determinadas práticas alternativas envolveriam, busca-se eliminá-las. O autor mostra que, em vários países, a

investigação sobre profissionais de saúde, para acusá-los de 'práticas perigosas para a maternidade', são movidos por conselhos de medicina ou companhias de seguro e, não, pelas pacientes. Segundo o autor,

"Essa caça às bruxas é parte de uma luta global pelo controle de serviços de assistência à maternidade (...)". (WAGNER:1995:1020)

Baseando-se no artigo de Wagner, acima citado, Ruth Hitomi Osava aponta, em sua tese, para a fragilidade da situação legal e política em que se encontrava o serviço, coordenado por Angela, renunciando, de certa forma, os eventos por virem:

"Angela, uma Ártemis de nossos dias, lembra que foi várias vezes denunciada e hostilizada, por suas atividades profissionais. Os argumentos são os de sempre: prática ilegal (seu diploma não foi ainda reconhecido no país), e prática fora de hábito (parto fora do hospital). Foi a partir do acompanhamento do trabalho de Angela, que tivemos a clara percepção do equívoco que a enfermagem obstétrica brasileira cometia quando reforçava um modelo medicalizado de parto." (OSAVA: 1997:79)

A notificação do COREN, recebida por Angela Gehrke da Silva e Érika Alfe, levou-nos a formularmos duas questões, às quais procuramos responder durante a pesquisa:

Por que e como Angela pôde exercer ilegalmente sua profissão ao longo de quinze anos?

Por que a atuação do COREN se deu nesse determinado contexto social e político?

Essas perguntas sugeriam a necessidade de realizar, por um lado, uma investigação sobre o processo de construção social e cultural da autoridade profissional (STARR: 1984) de Angela Gehrke da Silva e, por outro, a uma revisão da literatura sobre a história de obstetrizes e enfermeiras obstétricas no Brasil ou da 'assistência não - médica ao parto' (OSAVA: 1997), à qual apenas pudemos dar início no processo de elaboração da dissertação e que merece ser aprofundada.

## **1.2. Acerca da trajetória da investigadora e do interesse pelo tema**

Antes de apresentarmos algumas das características desse serviço, cuja clientela constitui os sujeitos da pesquisa, vamos percorrer um pouco a respeito de como chegamos a conhecê-lo e porque consideramos relevante estudá-lo. Queremos explicitar, mesmo que sucintamente, o processo que marca nossa opção pelo tema e pelo objeto de investigação, assim como nossa entrada na pesquisa de campo.

Nosso contato pessoal com Angela Gehrke da Silva e sua proposta de trabalho deu-se em 1996, por intermédio de Leda Aschermann, nossa colega na Faculdade de Saúde Pública, que era, então, presidente da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA). O Grupo de Estudos Sobre Nascimento e Parto (GENP) do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança (NISMIC) do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em que trabalhávamos, estava organizando um seminário sobre qualidade de assistência ao parto. A participação no GENP e o trabalho de assistente de pesquisa da Dra. Daphne Rattner haviam despertado nosso interesse pela avaliação da assistência ao parto, da perspectiva de usuárias de serviços e por outras formas de atenção existentes fora do país. A discussão no GENP sobre distintos modelos de assistência, em que se destacou o conteúdo do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulado "Tecnologia Apropriada Para Nascimento e Parto" (OMS:1985), aguçou nosso interesse em conhecer, mais profundamente, a profissão de obstetriz, ou *'direct entry midwife'*, extinta no Brasil desde 1972; paradoxalmente, na década seguinte, a obstetriz é considerada profissional melhor habilitada para prestar assistência ao parto normal (OMS: 1985; WHO: 1996). Por esse motivo, resolvemos convidar Angela Gehrke da Silva a participar do *I Seminário Sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo*, cujo tema foi "Resgate da Qualidade na Assistência ao Nascimento e Parto", realizado entre 12 e 14 de junho de 1996.

Um dos resultados desse seminário foi um documento final<sup>3</sup>, elaborado pelos grupos de trabalho e aprovado em plenária, em que se afirma, entre outras coisas, que, para promover o resgate a qualidade de assistência ao parto é necessário:

- "Que as recomendações que constam do documento 'Tecnologia apropriada para o nascimento e parto' , aprovadas em reunião internacional promovida pela OPAS/OMS em abril de 1985 - 'Recomendações de Fortaleza' -, sejam consideradas quando do delineamento de políticas públicas e programas específicos voltados à saúde reprodutiva."
- "Que sejam criadas condições para que partos de baixo risco sejam realizados fora do ambiente hospitalar, por profissionais capacitados, em unidades de saúde, casas de parto, etc."

À época desse seminário, Angela estava empenhada em regularizar sua situação, em conformidade com a legislação vigente no país, buscando, com o apoio de Leda Aschermann, enfermeira sanitaria e, então, Presidente da Associação Comunitária Monte Azul, anteriormente mencionada, o reconhecimento de seu diploma de obstetriz pela Universidade de São Paulo. Visando contribuir para esse empreendimento e, ao mesmo tempo, procurando garantir a continuidade de seu trabalho, distribuimos, durante o seminário, um abaixo-assinado, anexado posteriormente ao processo encaminhado à USP. O teor desse abaixo assinado é apresentado abaixo:

"Nós, participantes e organizadores do 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, gostaríamos de demonstrar apoio à parteira Angela Gehrke da Silva, reconhecendo a relevância do trabalho por ela realizado no Ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul.

Seu trabalho é um exemplo de excelência e nos mostra que é possível um atendimento eficiente e humano à mulher, criança, adolescente....

Estamos empenhados no reconhecimento do seu diploma de parteira no Brasil e esta legalização é feita pela Universidade de São Paulo.

Nós, abaixo assinados reforçamos a grande importância neste reconhecimento e aproveitamos este momento para ressaltar este pedido."

---

<sup>3</sup> Ver a íntegra do Documento Final do *I Seminário Sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo* no Anexo II.

Cabe mencionar que constam nesse documento, entre outras, assinaturas de diversas enfermeiras obstétricas, inclusive, de alguns membros do corpo docente da Escola de Enfermagem da USP, obstetras, médicos sanitaristas e membros da Coordenadoria de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Esse fato, talvez, possa ser considerado um indício da boa receptividade e da legitimidade de que esse serviço gozava, naquele momento, entre profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas<sup>4</sup>, a despeito do fato de a obstetriz, responsável pelo mesmo, estar exercendo ilegalmente sua profissão. Apesar disso, o pedido de reconhecimento de seu diploma foi indeferido, pois se tratava de um curso de nível técnico, não sendo considerado equivalente à formação de obstetriz existente no Brasil até 1972, e tampouco à de enfermeira-obstétrica, ambas de nível universitário. É interessante notar, entretanto, que há versões díspares quanto à instância, dentro da Universidade, que teria formulado essas objeções. Segundo uma versão, teria sido a Pró - Reitoria a responsável pelo indeferimento do pedido; segundo outra versão, a Pró-Reitoria teria se mostrado bastante simpática à concessão do pedido, mas este teria sido indeferido pela Faculdade de Enfermagem da USP.

De qualquer forma, diante dessa tentativa frustrada de regularizar a situação de Angela, aliada ao fato de termos travado contato, durante o seminário, com outras obstetrizes que, também, desejavam exercer sua profissão aqui no Brasil, iniciou-se um trabalho conjunto do GENP e algumas obstetrizes - incluindo Angela Gehrke da Silva e Érika Alfe - e Leda Aschermann, representando a Associação Comunitária, visando a regulamentar a profissão de obstetriz e a criar um curso técnico em obstetrícia, no país. Uma de nossas preocupações era a de resgatar, embora em novos moldes, tendo por base o que conhecíamos dessa profissão na Europa, a profissão de obstetriz, extinta no Brasil. Outra, era a de regularizar a situação das obstetrizes estrangeiras que havíamos conhecido por ocasião do Seminário, para que pudessem exercer seu ofício

---

<sup>4</sup> Ver abaixo-assinado no Anexo II.

sem impedimentos legais, em nosso país. Esse trabalho produziu subsídios para a justificativa do projeto de lei, No 3.175 de 1997, de autoria do então Deputado Federal Eduardo Jorge, que "Dispõe sobre o exercício da profissão de Técnico em Obstetrícia", apresentado à Câmara Federal em maio de 1997<sup>5</sup>. Embora tenha tramitado na Comissão de Seguridade Social e Família, recebendo parecer favorável da relatora desta comissão, Deputada Dalila Figueiredo, assim como do Deputado José Pinotti<sup>6</sup>, não prosseguiu para as outras comissões após essa instância, não sendo votado em plenário até o final daquela legislatura.

Uma vez elaborado o projeto, nós, membros do GENP e Angela, passamos a atuar em conjunto, em seminários e congressos, apresentando a proposta do projeto-lei acima e associando-a com o trabalho desenvolvido por Angela na ACOMA. Um dos fóruns em que essa proposta encontrou apoio foi junto à parcela da delegação brasileira, presente no VIII Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado no Rio de Janeiro nos dias 16 a 20 de março de 1997. Outro fórum em que encontrou apoio foi a Rede pela Humanização do Nascimento e Parto - ReHuNa, à qual nós e Angela nos filiamos em 1996, e da qual já participavam outros membros do GENP, dentre os quais se incluem Dra. Anna Volochko, uma das fundadoras da ReHuNa em 1993, Dra. Daphne Rattner e Dra. Sonia Venâncio. Em sua 4ª Reunião Plenária, em 1997, entre as resoluções aprovadas, consta a seguinte:

"Para ser membro da Rede pela Humanização do Nascimento - ReHuNa, as pessoas e entidades deverão assumir o compromisso por escrito e assinado de implantar, implementar, divulgar e trabalhar para que sejam adotadas as Recomendações da Organização Mundial de Saúde, seja as de 1985 seja as de 1996 (Safe Motherhood: Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva WHO/FRH/MSM/96.24)"

Entre essas recomendações, consta a afirmação, reiterada em diversos documentos sobre o Programa Maternidade Segura, de que se deve encorajar a formação de obstetizes ou parteiras profissionais, pois seu

---

<sup>5</sup> Ver Anexo III

<sup>6</sup> Ver Anexo III

treinamento as prepara para dar a atenção, considerada mais apropriada e custo efetivo, para a gestação, parto e puerpério normais.

Por outro lado, a proposta também foi suscitando, nesses e em outros fóruns, uma oposição articulada, e, por vezes, irada, de enfermeiras obstétricas. Contrapunham-se à criação de mais um curso técnico, à medida que estavam empenhadas em eliminar alguns cursos técnicos, dentre as profissões compreendidas nos serviços de enfermagem, e subordinadas às ações disciplinadoras dos Conselhos de Enfermagem. Acreditavam ser supérflua a entrada de mais um profissional nesse campo de atuação e, por fim, acreditavam ser a enfermeira-obstétrica, profissional de nível universitário, aquela mais apropriada para prestar assistência ao parto normal, inclusive, por considerá-la a que mais se adequava à estrutura e organização da assistência ao parto, então existente no país<sup>7</sup>. Interrogavam-nos enquanto defensores da proposta, a quem se subordinaria esse novo profissional, segundo a legislação existente e do atual modelo de atenção ao parto.

Naquele momento, a enfermagem buscava ampliar o âmbito de sua atuação em partos sem distócia, em conformidade com a legislação existente (OSAVA: 1996), enfrentando forte oposição dos gineco-obstetras. Estavam engajadas em uma luta pelo controle de serviços de assistência à maternidade e da perspectiva da enfermagem, em que a emergência de mais um profissional nesse campo de atuação representava uma possível ameaça ou obstáculo à realização de seus objetivos, razão pela qual esse projeto deveria ser combatido.

Nesse contexto, a partir de meados de 1996, o serviço de parto ambulatorial, coordenado por Angela, ganhava crescente visibilidade na imprensa, sendo, então, associado a uma proposta de transformação na organização da assistência, que incluía o resgate da profissão de obstetriz e a criação de Casas de Parto para atenderem a partos de baixo risco.<sup>8</sup> Cabe mencionar que havia reportagens publicadas sobre Angela e esse serviço anteriores a 1996, inclusive, mencionando o fato de que seu diploma não era

---

<sup>7</sup> À esse respeito ver OSAVA (1997) e RIESCO (1999)

reconhecido no Brasil, porém, naquelas reportagens, o serviço era enfocado como uma proposta 'alternativa' e, portanto, relativamente isolada e excepcional. Além disso, após o seminário de 1996, Angela passou a ser convidada para *workshops* e outros seminários, promovidos pelo GENP e pelo NISMC, a respeito da qualidade de assistência ao parto, assim como colaborou com o Boletim "Notas Sobre o Nascimento e Parto", escrevendo o editorial em um dos números dedicados à profissão de obstetriz.

Como mencionamos acima - e a documentação em anexo deixa entrever - Angela já havia conquistado um certo reconhecimento entre enfermeiras obstétricas, médicos sanitaristas e formuladores de políticas públicas, antes de 1996. Aliás, a primeira vez em que apresentou seu trabalho de que temos notícia, fora do circuito das Associações Antroposóficas existentes em São Paulo<sup>9</sup>, foi em 15 de abril de 1986, quando foi convidada a participar de uma reunião realizada na Faculdade de Enfermagem da USP, do Grupo de Enfermagem Obstétrica, o GEO, ligado à Associação Brasileira de Enfermagem, seção São Paulo<sup>10</sup>.

Cabe ressaltar que, a despeito do conflito em torno do projeto lei, Angela continuou a receber diversos convites para falar sobre seu trabalho, inclusive, em Faculdades de Enfermagem<sup>11</sup>, mesmo após a notificação da COREN-SP e do fechamento da Casa de Partos. O reconhecimento de sua competência técnica e da contribuição social de seu trabalho por parte de profissionais e formuladores de políticas na área da saúde pode, também,

---

<sup>8</sup> A esse respeito, ver reportagens no Anexo I.

<sup>9</sup> O contato da Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP com o serviço de assistência ao pre-natal, parto e puerpério da ACOMA e com Angela se deu por intermédio de Isabel Bonadio, atualmente docente daquele departamento e à época aluna do curso de enfermagem. Segundo comunicação oral, sua irmã freqüentara uma palestra de Angela Gehrke da Silva sobre seu trabalho na Associação Brasileira Medicina Antroposófica e comentara com ela a respeito. Isabel Bonadio, então, teria sugerido a alguns docentes do departamento e membros da GEO a possibilidade de convidar Angela para falar na faculdade. Além de palestras nesta Associação e na própria ACOMA, Angela também foi convidada a falar em outras Associações Antroposóficas - a Clínica Tobias e a Associação Antroposófica Rudolf Steiner.

<sup>10</sup> Palestra de Maria Luísa Riesco, ex- Presidente da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstétricos - Seção São Paulo (ABENFO-SP), gestão 1993-1999, Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, em Homenagem Póstuma prestada pela ABENFO-SP, por ocasião do Dia da Obstetriz, em 12 de abril de 2000.



ser atestado pelo fato de ter sido convidada a participar do "*Workshop* para Elaboração de Projeto para Regulamentação da Casa de Parto de Sapopemba - Projeto Qualis-PSF, realizado em 29 de março de 1999, e pelo convite formulado pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, em abril de 1999, para participar da Comissão Julgadora dos hospitais candidatos ao Prêmio Galba de Araújo, de humanização da assistência ao parto e nascimento, no estado de São Paulo<sup>12</sup>.

Assim, o interesse em realizarmos um estudo de caso sobre o serviço de atenção à saúde reprodutiva da ACOMA, da perspectiva de suas usuárias, surgiu a partir de nossa inserção em um campo de atuação profissional e político, em que se discute a qualidade de atenção ao nascimento e parto, e de um contato prévio com a proposta do serviço em pauta.

É preciso dizer que somos muito gratas à pessoa de Angela Gehrke da Silva e à de Leda Aschermann, pelo acolhimento de nossa proposta de estudo, cuja primeira formulação e visita inicial ao locus da pesquisa data de outubro de 1996. Tivemos livre acesso às fichas de pré-natal, às Declarações de Nascidos Vivos (fichas SINASC) e aos Livros de Parto mantidos por Angela e Érika. Além disso, como já mencionamos, pudemos acompanhar consultas de pré-natal, visitas domiciliares no pós-parto e 10 trabalhos de parto e/ou partos. Dizemos 'acompanhar' pois, sendo o parto um evento extremamente envolvente, nossa participação nunca se limitou ao seu registro, prestando, na medida do possível e do que nos foi solicitado, algumas formas de colaboração, seja à Angela, seja às parturientes.

Durante o processo de pesquisa de campo, procuramos colaborar com o serviço, digitando, a pedido de Angela, folhetos informativos sobre diferentes temas de saúde reprodutiva, dirigidos a mulheres. Também, digitamos depoimentos escritos no segundo semestre de 1996, por 27 mulheres e/ou seus respectivos cônjuges, advindos de sua 'clientela particular', atestando a qualidade dos serviços prestados por Angela. Esses depoimentos foram redigidos em resposta a uma solicitação de apoio a um

---

<sup>11</sup> Ver Anexo II

pedido para o reconhecimento do diploma de parteira de Angela, submetido ao Ministério de Educação e Cultura. Foram, posteriormente, enviados ao deputado Eduardo Jorge, por ocasião da apresentação do projeto-lei acima mencionado, para serem utilizados a seu critério.

Havia, e há, certamente, de ambos os lados, uma preocupação quanto ao retorno que nosso trabalho pudesse dar à Associação Comunitária Monte Azul e às mulheres que foram os sujeitos da pesquisa. Isto, pela percepção de que nossa pesquisa poderia contribuir, sobretudo, para melhor caracterizar a clientela e fornecer alguns subsídios para avaliação da qualidade desse serviço.

---

<sup>12</sup> Ver Anexo II

### **1.3. Sobre o objeto e 'locus' do estudo**

A ACOMA é uma associação antroposófica, que pretende prestar seus serviços prioritariamente a moradores das favelas Monte Azul e Peinha, e do bairro Jardim Monte Azul, na zona sul de São Paulo. Como os serviços prestados pela ACOMA, inclusive aqueles referentes à saúde, seguem uma orientação antroposófica, o papel da Antroposofia na configuração do trabalho, alí desenvolvido, adquire significado especial. Trata-se de uma concepção holística da medicina, em que se pretende trabalhar, tanto em nível da transformação física, como anímico-espiritual para melhorar ou restaurar o estado de saúde do paciente, visto como individualidade e como membro de uma comunidade. Particularmente, no que diz respeito à assistência prestada à gestante, o serviço se propõe a oferecer um parto “humanizado”, em conformidade com a linha antroposófica de medicina, à população de baixa renda que frequenta o ambulatório, buscando, assim, diferenciar-se de outros serviços de atendimento ao parto, disponíveis a essa população.

O serviço de atendimento ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, do ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul, era o único de que temos conhecimento no município de São Paulo, que estava sob a responsabilidade de uma parteira diplomada, ou obstetriz. Foi também, até o primeiro semestre de 1998, o único serviço dessa natureza a oferecer a possibilidade de realizar um parto fora do hospital a mulheres das camadas populares urbanas de São Paulo e um dos poucos que oferecia essa possibilidade a mulheres de outras camadas sociais. Moradores de duas favelas e de um bairro popular na Região Sul de São Paulo, com renda familiar de 0 a 4 salários mínimos, constituem a população-alvo do trabalho da ACOMA, embora não sejam os únicos a terem acesso e a se utilizarem desses serviços<sup>13</sup>. Por outro lado, mulheres de camadas médias tiveram acesso a essa modalidade de assistência à gravidez, parto e puerpério, por

---

<sup>13</sup> ACOMA, "Projeto: Saúde do Nascimento à Terceira Idade", 1997.

se constituírem em clientela particular de Angela Gehrke da Silva ou Érika Alfe.

Casas de Parto constituem, atualmente, uma alternativa de atenção ao parto, reconhecida e incentivada pelo Ministério da Saúde. Cabe mencionar, aliás, que a recém-inaugurada Casa de Parto, do Projeto Qualis, inspirou-se, em parte, na Casa de Partos da ACOMA. Segundo o médico David Capistrano Jr, então coordenador do grupo de trabalho para a implantação de casas de parto, do Ministério da Saúde<sup>14</sup>:

"A precursora das casas de parto no Brasil foi a Monte Azul"

O ambulatório e casa de partos da ACOMA distinguem-se das maternidades públicas, cujos procedimentos são pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pela proporção de partos normais e de cesáreas, pelo baixo índice de episiotomias e de utilização de fórceps, bem como de outros indicadores de saúde materna, como se pode constatar no relatório de Angela Gehrke da Silva, constante do capítulo 6.

As características e propostas, anteriormente mencionadas, desse serviço já são, a nosso ver, indicativos da relevância de se fazer um estudo de caso a respeito. A Casa de Parto, ou centro de nascimento, é um tipo de assistência atualmente incentivada pelo Ministério da Saúde, tanto porque é reconhecida mundialmente como uma alternativa segura e de alta qualidade, como porque se trata de uma alternativa custo-efetiva (OMS/WHO: 1998; OSAVA: 1996; WHO/FRH/MSM/96.24.; LAURENTI: 1993). O serviço da ACOMA também seguia uma das recomendações fundamentais da OMS em relação aos meios propostos para assegurar uma melhora na qualidade da saúde materna, qual seja, a promoção do atendimento à gestação e ao parto normal, por obstetrizes ou parteiras diplomadas. O relatório de Angela Gehrke da Silva, já mencionado, tende a confirmar a relevância dessa recomendação da OMS em nosso meio, onde, como sabemos, os índices de mortalidade materna são, ainda, alarmantes. Alguns dos resultados da pesquisa indicam, como procuramos mostrar ao longo do trabalho, que a assistência oferecida pelo serviço da ACOMA era de boa qualidade. A nosso

---

<sup>14</sup> Folha de São Paulo, 12 / 03/2000, Caderno 3, p.11. ver seção 5

ver, esse seria um motivo a mais para recomendar que se repensasse o modelo de assistência ao parto, criando-se mais casas de parto e formando-se profissionais bem treinados - sejam estes enfermeiros obstétricos ou obstetrizes - para atenderem a gestações e partos normais.

Além disso, ao analisarmos as narrativas de mulheres de distintas camadas sociais - populares e médias - a respeito de suas trajetórias em busca de atenção ao parto, pudemos contribuir para explicitar suas avaliações de serviços percorridos, com a intenção de colaborar para que a perspectiva 'leiga' (ATKINSON: 1993), ou a perspectiva das 'clientes', seja incorporada na busca pela melhoria da qualidade da atenção ao parto, como sugere a própria Organização Mundial de Saúde (WHO/WHO: 1998).

## **2. A SAÚDE MATERNA: A DESQUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E AS RECENTES INFLEXÕES NA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PARTO**

A baixa qualidade da assistência prestada à mulher brasileira, durante a gravidez, parto e puerpério é evidenciada pelos altos índices de mortalidade materna.

Sabe-se que a taxa de mortalidade materna, mesmo em países desenvolvidos, está quase sempre sub-estimada. As taxas prevalecentes são maiores do que aquelas que constam nos dados oficiais, pois uma parte das mortes maternas é atribuída a outras causas nos certificados de óbito.

No Brasil, há uma elevada sub-notificação da mortalidade materna e, em algumas regiões do país, principalmente no norte e nordeste, há, também, o sub-registro de óbitos (LAURENTI: 1995; LAURENTI et al.: 1990; SIQUEIRA e col.: 1991 apud. LAURENTI: 1995).

No início da década de 80, SIQUEIRA et. al. estimaram que, no Brasil, a mortalidade materna seria em torno de 150 por 100.000 nascidos vivos (SIQUEIRA et. al. 1984 apud LAURENTI: 1995).

Atualmente, segundo Laurenti, a taxa de mortalidade materna estaria "superior a 100, quase que certamente, ainda em torno de 150 por 100.000 nascidos vivos" (1995:341), sugerindo que haveria uma tendência à estabilização das taxas de mortalidade, entre o início da década de 80 e o presente.

A estimativa do Ministério de Saúde, para o ano de 1995, era que o coeficiente de mortalidade materna seria de 148 por 100.000 nascidos vivos<sup>15</sup>, confirmando-se, assim, a hipótese de Laurenti. Por outro lado, os resultados da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS 1996) sugerem que os índices são até mais altos do que aqueles estimados por Laurenti.

---

<sup>15</sup> Essa estimativa foi feita aplicando-se um fator de correção de 2,5 aos dados oficiais para dar conta das sub-notificações, segundo informou Elcylene Leocádia, responsável pela área de saúde da mulher, da criança e do adolescente do Ministério da Saúde, à Folha de São Paulo em entrevista intitulada : "Para OMS, Brasil tem índice de mortalidade materna alto", Folha de São Paulo, seção 3 página 6, 18 de março de 1998.

No período entre 1983 e 1996, a estimativa direta de mortalidade materna, segundo a PNDS -1996, era de 161 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Por se tratarem de metodologias distintas para estimar as mortes maternas e períodos distintos de análise, não se pode chegar a uma conclusão em termos da tendência nacional ao longo desse período. O que se sabe, é que essas taxas continuam elevadas e a grande maioria dessas mortes são evitáveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS: 1986), cerca de 88% a 98% das mortes maternas que ocorrem em países em desenvolvimento são evitáveis, já que são conhecidas suas principais causas e fatores determinantes, podendo-se lançar mão do conhecimento científico e tecnológico disponível para preveni-las. Isso fica mais claro, ainda, quando comparamos os nossos índices com aqueles dos Estados Unidos (8/100.000) e do Canadá (4/100.000), em 1987 (TANAKA: 1995). Ainda, segundo a OMS, a medida que, por si só, é a mais importante a ser tomada em países em desenvolvimento para diminuir esses índices é a de assegurar a qualidade de assistência ao parto e pós-parto:

"a assistência de qualidade durante e imediatamente após o período crítico do trabalho de parto e parto é, por si só, a intervenção mais importante para prevenir a morbidade e mortalidade materna e infantil." (OMS/WHD: 1998:98.1)

Entretanto, em anos recentes, o que alguns estudos têm apontado, particularmente em relação ao município de São Paulo, é uma tendência à desqualificação da assistência (TANAKA: 1995; LAURENTI: 1993).

Segundo LAURENTI (1993), há várias décadas, o sub-registro de óbitos no Estado de São Paulo é desprezível, pois contamos com um bom sistema de estatísticas vitais. Assim, embora as mortes maternas sejam atribuídas a outras causas, ocorrendo o dobro daquelas apontadas pelas estatísticas oficiais no município de São Paulo em 1986<sup>16</sup>, podem-se utilizar os dados oficiais para detectar tendências gerais ao longo do tempo.

---

<sup>16</sup> Em 1986, segundo os dados oficiais, o coeficiente de mortalidade materna do município de São Paulo era de 51,6 por 100.000 nascidos vivos. A pesquisa realizada por LAURENTI et. al. (1990), utilizando a metodologia Puffer, resultou em um coeficiente de

O autor demonstra que, desde a década de sessenta, a mortalidade materna na capital esteve consistentemente abaixo daquela encontrada em outras partes do estado de São Paulo. Entretanto, em anos recentes, essa tendência se reverteu. No período entre 1980 e 1982, a média entre os coeficientes anuais de mortes maternas, na capital, segundo os dados oficiais, era de 45.9 por 100.000 nascidos vivos enquanto que, no interior, essa média era de 54.2 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. No período de 1988 à 1990, a média entre os coeficientes anuais de mortes maternas na capital era de 48.8 por 100.000 nascidos vivos, o que representou um aumento de 6,3% no coeficiente de mortes maternas na capital em relação ao período anterior. No interior, por outro lado, entre 1988 e 1990, a média dos coeficientes anuais de morte materna era de 46,3, significando uma queda de 14,6 % em relação ao período anterior.

Entre os fatores responsáveis por esse aumento nas taxas de mortalidade materna na capital, revertendo uma tendência estabelecida há bastante tempo, LAURENTI (1993) menciona as condições de vida da população marginalizada, a deterioração econômica e dos serviços, além do acesso limitado aos mesmos por parte da população.

Infelizmente, essa tendência se reitera nos últimos anos. No período entre 1994 e 1995, segundo relatório da Secretaria de Estado da Saúde (1997), houve um aumento da mortalidade materna na capital que, em números absolutos, passou de 89 a 113 casos. Ademais, a investigação de óbitos maternos presumíveis pelo comitê de mortalidade materna da capital permite concluir, conforme esse relatório, que o aumento se deve à piora da assistência. Aparentemente, os serviços continuam a deteriorar pois, em 1996, conforme dados do PRO-AIM, da Prefeitura Municipal de São Paulo, o coeficiente de mortalidade da capital foi de 54 mortes por 100.000 nascidos vivos<sup>17</sup>, ultrapassando a taxa oficial de 1980, que era de 53.5 (LAURENTI:1993).

---

mortalidade estimado em 96.6 por 100.000 nascidos vivos. O índice de sub-notificação resultante, de 1,24 ,convencionou-se como 'fator de correção' aplicado por alguns estudos aos dados oficiais do município de São Paulo.

<sup>17</sup> Informação pessoal obtida junto a Dr. Carlos Veja, do PRO-AIM.



Cabe ressaltar que a distribuição de óbitos maternos registrados oficialmente na capital, entre os núcleos regionais de saúde, é bastante heterogênea. Segundo pesquisa realizada por RIBEIRO (1999), a partir das declarações de óbitos, que foram considerados maternos ou relacionados com a gravidez pelo Comitê de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna do Município de São Paulo, em 1995, as maiores taxas de mortalidade materna, dentre diferentes Regionais de Saúde, encontram-se nas Administrações de Santo Amaro e Parelheiros (ARS 9) e Campo Limpo (ARS 10), com valores de 77,83 e 77,60 por 100,000 nascidos vivos (N.V.), respectivamente. A Administração Regional de Saúde Centro (ARS 1) apresentou índice de 38,14 por 100.000 N.V., a taxa mais baixa dentre as Regiões Administrativas do município. A esse respeito, a autora comenta que " esta Administração apresenta os melhores níveis de saúde, além de concentrar um grande número de serviços de saúde" (RIBEIRO: 1999: 63). Analisando os resultados de sua pesquisa, como um todo, a autora conclui, entre outras coisas que:

"A mortalidade materna concentra-se nas áreas pobres da cidade, onde as condições de vida e saúde são precárias, principalmente a dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade, para atendimento ao parto, a gravidez e aborto." (RIBEIRO: 1999:112)

Cabe acrescentar que as ARS 9 e 10, em que foram encontrados os índices mais altos de mortalidade materna, em 1995, abrangem distritos da região sul da cidade e que a ARS 10 inclui o distrito Jardim São Luiz, onde se situa o serviço da ACOMA, "locus" da presente pesquisa.

Ao estudarmos todas as mortes de mulheres de 10 a 49 anos de idade na região Sul do município, ocorridas em 1989, Siqueira e colaboradores encontraram, além das 24 mortes declaradas, mais 28 mortes de mulheres por complicações, no período gravídico-puerperal, não declaradas como tais (SIQUEIRA e col.1991apud TANAKA: 1995). Trata-se de um índice de sub-notificação, semelhante àquele encontrado por Laurenti para o município de São Paulo em 1986, o qual era de 1,24. Entretanto, a importância fundamental desse levantamento, conforme salienta Dra. Ana Cristina d'Andretta TANAKA (1995), não é o índice de sub-notificação

encontrado, mas o fato que serviu de base para uma pesquisa conduzida por uma equipe do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, sobre a qualidade de assistência na região, onde este estudo foi desenvolvido.

Pesquisa realizada por TANAKA (1995), sobre os 52 óbitos de gestantes por causas obstétricas diretas e indiretas, identificadas a partir do estudo acima mencionado, revelou que os principais fatores responsáveis por essas mortes na região sul do município de São Paulo estavam relacionados com a "inoportunidade e a desqualificação da assistência". A autora mostra que um dos aspectos centrais da "inoportunidade" da atenção estaria relacionado com a "peregrinação" hospitalar, isto é, ao fato de as gestantes em trabalho de parto, freqüentemente, terem que percorrer mais de uma instituição antes de serem internadas, contribuindo para que a assistência seja prestada tardiamente.

A peregrinação hospitalar e a descontinuidade da assistência, de modo geral, são, em parte, conseqüências da falta crônica de integração entre os serviços relativos à saúde reprodutiva, como afirma:

"O sistema de saúde brasileiro, desde sua formulação, apesar de sempre reiterar a necessidade de integração entre os três períodos (pré-natal, parto e puerpério) nunca buscou procedimentos técnicos ou políticos para que realmente essa integração ocorresse." (TANAKA: 1995:12)

Nesse sentido, o PAISM (1983), Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Ministério de Saúde, seria uma reiteração mais recente dessa necessidade de integração assistencial, que não chegou a ser implementada por falta de vontade política e da alocação de recursos necessários. Cabe acrescentar que o PAISM busca aprimorar a atenção, sem alterar fundamentalmente o modelo médico-hospitalar existente. Assim, estabelece diretrizes para nortear a assistência prestada quanto à estrutura construída, aos equipamentos e aos procedimentos a serem adotados nas consultas de pré-natal e na integração entre os serviços, ao longo do processo de gestação e parto, dentro do modelo existente.

Outras facetas mencionadas da "inoportunidade" da assistência e sua desqualificação dizem respeito aos procedimentos obstétricos adotados e àqueles que deixaram de ser adotados durante o período crítico do trabalho de parto e pós-parto. Entre esses fatores, TANAKA (1995) salienta a desvalorização da clínica por parte de profissionais encarregados da assistência, que se revela na realização de exames e na adoção de procedimentos tecnológicos desnecessários.

É esse o caso, por exemplo, das taxas excessivas de partos cirúrgicos, que têm levado o Brasil a manter, nos últimos anos, a posição de líder mundial em cesareanas, apresentando uma taxa nacional de 36,4%, segundo reportagem publicada no jornal do Conselho Federal de Medicina (No 84, agosto/97).

O alto índice de cesáreas, em média, 52% dos nascimentos no estado de São Paulo em 1996<sup>18</sup>, pode ser tomado como outro indicador da baixa qualidade de assistência ao parto, já que o limite considerado aceitável, segundo a OMS, está entre 10% e 15 %. Como se sabe, a essa intervenção cirúrgica estão associadas maiores taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil do que aos partos normais (FAUNDES & CECATTI:1991). Em 1996, a mortalidade materna decorrente de complicações cesareanas, referentes às internações para partos, no âmbito do SUS, foi 3,7 vezes maior do que a observada em partos normais no Estado de São Paulo (SEADE:1997).

Segundo dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, em 1994, cerca de 98% dos partos, ocorridos no Estado de São Paulo, foram realizados em ambiente hospitalar, dos quais, 75% foram pagos pelo SUS. A taxa de cesáreas no Estado de São Paulo, entre os partos pagos pelo SUS, foi calculada em 41% para o ano de 1994, lembrando que os custos de procedimentos desse tipo de parto são muito mais elevados do que os de partos normais. Em 1994, em hospitais estaduais, os valores médios

---

<sup>18</sup>Mulheres em Dados, Fundação Seade, No.7 setembro de 1997.

nacionais de procedimentos pagos pelo SUS de partos cesáreas era de R\$225,25/parto, enquanto que, para partos normais, era de R\$ 134,39.<sup>19</sup>

Percebe-se que esses procedimentos desnecessários podem reverter em custos humanos, sociais e econômicos elevados, porém estes não são a única faceta da desvalorização da clínica por profissionais encarregados da assistência. TANAKA (1995) demonstra que outra faceta se revela na pouca importância que é atribuída às informações trazidas pela gestante, registradas no cartão do pré-natal e ao levantamento da história de saúde/doença das clientes. Isso resulta na falta de identificação ou reconhecimento de certas situações emergenciais ou de maior vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, a autora sugere que, por vezes, perde-se o momento ideal de intervenção, devido a uma conduta expectante adotada, em função da presença do feto e, em nome de uma tentativa de salvar a vida desse, ambos ( mãe e filho) acabam morrendo. Por último, afirma que a falta de acompanhamento por obstetriz ou enfermeira obstétrica no pré-parto, talvez, seja o maior ponto de estrangulamento da assistência à mulher, durante o processo reprodutivo<sup>20</sup>. Por se tratar de um ponto bastante importante deste trabalho, cito a autora mais extensamente:

"Talvez o maior ponto de estrangulamento da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal tenha sido o pré-parto. A falta de acompanhamento nesse período contribuiu para o desenlace fatal da maioria dos casos desse estudo.(...)No início, ao se institucionalizar o parto, todo o período pré-parto era acompanhado e avaliado rigorosamente e o pré-natal era parte integrante da história da paciente. Nesta época, havia uma integração dos trabalhos do obstetra e da obstetriz ou enfermeira obstétrica: o pré-parto era acompanhado por esta última e, diante de alguma anormalidade, ela sempre recorria ao obstetra. Assim, a história pregressa, a clínica e a supervisão do trabalho de parto determinavam o risco da parturiente e a necessidade de se intervir ou não para evitar o sofrimento materno-fetal.

Hoje, constata-se a necessidade de a parturiente 'mendigar' por uma assistência durante o trabalho de parto, corroborada pela falta de obstetriz ou de enfermeira obstétrica para baratear o custo do parto e pela presença de um médico que não tem tempo para

<sup>19</sup>"Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Roteiro de Avaliação e Critérios para Classificação de Maternidade"

<sup>20</sup> Em comunicação pessoal, Tanaka afirmou que acredita que o fechamento do curso de obstetrizes em 1972 foi um dos fatores que contribuiu para o processo de cirurgificação do parto, a partir da década de '70. Cabe lembrar que o índice de cesáreas em 1970 em hospitais do INAMPS era de 14,6 % dos partos e, em 1980, já era de 31% dos partos (FAUNDES & CECATTI:1991:151).

acompanhar o pré-parto e que não leva em consideração a clínica. Existe, portanto, uma cadeia de eventos negativos que culmina na morte de muitas de nossas gestantes, o que faz com nossas taxas de mortes maternas permaneçam tão elevadas." (TANAKA: 1995:100-101)

Em relação a esse ponto, isto é, a constatação da falta de existência de um acompanhamento mais apropriado no pré-parto, e a defesa de que este seja feito por obstetrizas ou enfermeiras obstétricas, há alguns autores brasileiros que têm chamado a atenção para a mesma coisa. Entre esses, incluem-se os trabalhos de CECATTI & FAÚNDES (1991), SILVER (1996) apud OSAVA (1997), e de OSAVA (1996 e 1997). Além disso, a defesa do papel da obstetriz na atenção ao parto também foi incorporada às Resoluções da 4ª Reunião Plenária da Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA), segundo a qual:

"Para ser membro da Rede pela Humanização do Nascimento - REHUNA, as pessoas e as entidades deverão assumir o compromisso por escrito e assinado de implantar, implementar, divulgar e trabalhar para que sejam adotadas as Recomendações da Organização Mundial de Saúde, seja as de 1985 (publicadas no The Lancet em 24 de agosto, pp.436-7 e traduzidas pelo GENP-SP) seja as de 1996 (Safe Motherhood: Care in Normal Birth: a practical Guide. Geneva WHO/FRH/MSM/96.24)" (em anexo, a tradução das recomendações de 1985)

Entre essas recomendações, como vimos, consta a afirmação, reiterada em todos os documentos do Programa Maternidade Segura, de que se deve encorajar a formação de obstetrizas e parteiras profissionais, pois o treinamento as prepara para dar a atenção, considerada mais apropriada e custo efetivo para a gestação, parto e puerpérios normais.

Entretanto, não há consenso em relação à definição de obstetriz, isto é, de qual deve ser seu papel na assistência ao processo reprodutivo e de qual deve ser sua formação<sup>21</sup>. Cabe salientar que, segundo as definições de obstetriz e enfermeira obstétrica na legislação brasileira vigente<sup>22</sup>, ambas teriam que ter formação universitária e seriam as únicas profissionais com autonomia para realizar partos normais, "sem distócia".

<sup>21</sup> Veja a esse respeito, tese de Maria Luisa Riesco (1999)

<sup>22</sup> Ver a respeito, lei 7.498/86 e Decreto lei 94.406 em anexo.

Baseando-se nessa legislação, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), em recente fiscalização, afirma ter encontrado em 70% das maternidades do Estado, 'parteiras desqualificadas' atendendo aos partos, sendo, muitas dessas, auxiliares de enfermagem que realizavam os partos normais, enquanto o SUS pagava aos médicos. (FOLHA DE SÃO PAULO, seção 3 p.6, 23/08/98)

O resultado dessa fiscalização vai ao encontro da conclusão acima, de TANAKA (1995) de que há, atualmente, uma desqualificação da atenção ao pré-parto e ao parto.

Porém, como mostram os estudos de TSUNESHIRO (1987) e OSAVA (1997), a substituição de auxiliares de enfermagem por enfermeiras obstétricas, por si só, não garantirá a qualidade de atenção ao parto.

É necessário realizar mudanças fundamentais no processo de formação: para assegurar um tempo adequado de estágio para que as enfermeiras se sintam seguras para prestar assistência ao parto normal (TSUNESHIRO: 1987; SOARES & MARTINS: 1998) e uma mudança de base na orientação que se apoia na concepção patológica do parto e que, como a formação médica, é bastante intervencionista (OSAVA: 1997).

Outras contribuições interessantes do trabalho de Tanaka são o modo como desenvolve a noção de "risco assistencial" e a indicação de que o paciente e/ou seus familiares também estão cientes desse tipo de risco.

Segundo a autora, referindo-se aos casos de infecção puerperal:

"Se o objetivo primordial da institucionalização do parto é prevenir e reduzir o risco de vida para a parturiente e para o seu concepto, isto não está ocorrendo. Ao contrário, a institucionalização impõe um outro risco à mãe, que é assistencial.

*'...Ela morreu por infecção. Foi problema do médico do hospital; ela foi pro hospital pra ganhar nenê, mas não fizeram a devida limpeza.'*

*'...Ela sempre foi sadia e depois de ter esse filho morreu. Pra mim, ela pegou infecção hospitalar no parto.'*

A análise do tipo de parto e a *causa mortis* - infecção puerperal - permitem concluir que o óbito não aconteceu por causa da via de nascimento (transvaginal ou cesareana) mas, sim, por causa da

inabilidade do profissional no manejo do parto." (TANAKA: 1995:91)

Apoiando-se na literatura, Tanaka sugere que o "risco assistencial" não se limita aos casos de infecção puerperal, mas se estende, também, a outras *causas mortis*:

"Para Francome e Savage (1993), a taxa de mortalidade por cesareana é maior entre as emergências obstétricas do que entre as eletivas. Esses mesmos autores, discutindo as razões do aumento na frequência desse procedimento, se referem ao trabalho de Lomas e Enkin, no qual estes afirma: 'o obstetra é um fator de risco para a cesárea'.

Nos casos de choque anestésico parece que essa hipótese é verdadeira."(TANAKA: 1995:92).

Em todo caso, a consciência dos leigos, que transparece em depoimentos desse estudo, nesse caso específico, de familiares de pacientes, indicam a relevância de se aprofundar na análise das definições de parto e concepções de risco, existentes entre pacientes de distintas inserções sociais.

Como conclui TANAKA, o modelo de atenção à saúde, vigente nas últimas décadas, tem implicado resultados nefastos para a saúde dos pacientes, mas tem beneficiado muito os serviços:

"Esta nova maneira de ver a assistência à saúde trouxe grandes prejuízos à cliente, pois fez com que esta tivesse de reclamar mais por atenção, insistir na mesma queixa, para ter seu problema resolvido. Ao sistema de saúde, entretanto, gerou lucro, pois ao cobrar por procedimento, o que importa é a quantidade e não a resolução do problema. Nesta visão a relação custo-benefício só favoreceu à medicina como empresa e não ao cliente que, de objeto da ação, passou a ser visto como insumo." TANAKA: 1995:99-100)

As medidas tomadas pelo Ministério de Saúde nos últimos tempos são, nesse sentido, alentadoras, pois são indicativas de uma vontade política de se realizarem inflexões, há muito necessárias, na organização dos serviços. Referimo-nos, por um lado, às portarias assinadas pelo Ministro da Saúde, em 29 de maio de 1998, que visam incentivar o parto normal, dentre cujas medidas inclui, na tabela SUS, o procedimento de assistência ao parto realizado por enfermeiro obstétrico; e, por outro, o apoio que vem manifestando, desde o segundo semestre desse ano, ao trabalho de parteiras, ao parto domiciliar e à abertura de casas de parto.

Essas medidas estão inseridas em uma proposta mais ampla do atual Ministro da Saúde, de priorizar a saúde da mulher, numa primeira fase de sua gestão. Elas nos levam a refletir sobre a pertinência dos comentários do sociólogo Paul Starr sobre a assistência à saúde, enquanto arena estratégica de conflitos políticos e econômicos, para analisarmos as políticas de saúde reprodutiva no Brasil e suas inflexões.

Segundo Starr:

"(...) a organização da atenção médica não pode ser compreendida com referência apenas à medicina, às relações entre médicos e pacientes, ou mesmo todas as várias forças internas ao setor de saúde. O desenvolvimento da atenção médica, como outras instituições, ocorre dentro de campos de poder e estruturas sociais mais amplas. Essas forças externas são particularmente visíveis nos conflitos sobre as políticas e a economia (o financiamento) da saúde e da atenção médica. No século 20, os custos da doença e da medicina tem se tornado preocupações críticas de governos e partidos políticos por causa de suas implicações para o bem estar social, a eficiência econômica mais geral, e conflitos políticos. Nos Estados Unidos, fundações privadas desempenham um papel crítico no financiamento do ensino médico e da pesquisa. Empregadores, sindicatos e companhias de seguro estão centralmente envolvidas como intermediárias no financiamento dos serviços. Alguns desses agentes externos estão interessados fundamentalmente nos lucros no sentido estrito. Mas, freqüentemente, ao prover atenção médica ou ao pagar os custos à ela associados, governos, partidos políticos, fundações, empregadores, sindicatos e agências voluntárias esperam obter diferentes tipos de benefícios: boa vontade, gratidão, lealdade, solidariedade, dependência. A perspectiva de adquirir vantagens desse tipo faz da atenção médica uma arena de conflitos econômicos e políticos particularmente estratégica." (STARR: 1982:8)

Diante disso, podemos observar a rede de complexidade na qual o estudo da organização social do processo reprodutivo se inscreve e no âmbito do qual este trabalho se encontra.



### **3. COMENTÁRIOS ACERCA DO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E DO PAPEL DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS E OBSTETRIZES NO CAMPO DA SAÚDE**

No Brasil, durante o período colonial, dar à luz teria sido uma 'coisa de mulher', sendo a presença de homens na cena do parto um fato excepcional, ocorrendo apenas em situações emergenciais, segundo DEL PRIORE (1995). O parto era uma vivência constitutiva de uma concepção de gênero, pois a maternidade, naturalizada, era aspecto fundamental da identidade de mulher adulta. Um dos elementos integrantes e indissociáveis da experiência do parto, que lhe conferia sentido, assim como à maternidade de uma maneira mais ampla, era o sofrimento:

"Mesmo quando o parto era normal, banal, natural, a mulher tinha que incorporar um outro papel associado ao sentido mesmo do parto: um papel de sofredora, cujos gritos, muitas vezes além ou aquém da dor, anunciavam a vitória contra a morte e o poder de procriar.

O parto, momento por excelência do processo da maternidade, marcava-se com a imagem do sofrimento da mãe. Era preciso sofrer para trazer à luz o fruto. Inaugurava-se quem sabe assim, o começo de um processo de créditos do qual o filho seria o eterno devedor, fadado a pagar com seu trabalho e carinho o nascimento entre dores. A Igreja encontrava nessas imagens a justificativa mesma do pecado original e da condenação à vida terrena. Todas as mulheres personificadas em Eva necessitavam das regras eclesásticas para serem adestradas, e assim, pagarem o pecado ancestral. Nesses tempos, sim, a anatomia impunha um destino." (DEL PRIORE: 1995:262)

O parto era uma experiência coletiva feminina, à medida que era comum encontrar entre as participantes da cena do parto, além da parturiente e da parteira, parentes, vizinhas e comadres daquela. Ademais, o parto era, segundo Del Priore, um locus em que se exercitavam as alianças de gênero:

"Se malgrado tanto sofrimento e tanta incerteza quanto ao encaminhamento do parto, as mulheres não paravam de reproduzir, não seria porque esta era especificamente sua função na sociedade colonial? A capacidade de enfrentar a dor para dar à luz não seria um estigma da fisiologia feminina, condenando *tota*

*mulier in útero?* Não seria essa a melhor maneira de redimir-se do pecado original, segundo a Igreja?

Acreditamos que tais questões deveriam pertencer a mentalidade do período no que dizia respeito à fisiologia feminina e à maternidade. Essa longa trajetória de sofrimento físico ajudou certamente na construção da *devotio* mariológica em colônias e na eleição desse papel - o de mãe - para as populações femininas. Sobreviver a um parto ou a mais de um elevava as mulheres ao *status* de santas, restituindo-lhes uma identidade que o mais da vida social lhes negava. No parto, as mulheres encontravam-se consigo mesmas e com o seu gênero. Razão de sobra nessa colônia em que elas eram sós e destituídas de valor, para continuar parindo." (DEL PRIORE:1995: 270)

Porém, a despeito de a parturição ser considerada uma atribuição das mulheres e da clara preferência pela atenção prestada por parteiras, esses valores e os preceitos morais, interditando a presença masculina na cena do parto, nem sempre eram seguidos à risca na vida cotidiana no Brasil do século XIX. Segundo Maria Lúcia de Barros Melo e Souza (1998), nem sempre o parto era uma experiência coletiva feminina, sendo comum encontrar, na documentação existente, relatos de situações em que as mulheres deram à luz sozinhas, sem qualquer ajuda, ou então acompanhadas por homens, incluindo-se entre estes últimos, não apenas médicos, presentes em situações emergenciais, mas também maridos, parentes e vizinhos. Aliás, essa autora levanta indagações pertinentes acerca do significado do discurso médico, fonte principal da história da obstetrícia brasileira, no século XIX, no Brasil, acerca da exclusão da figura masculina da cena do parto. Embora essa fosse a norma, a insistência em compreendê-la como dado de realidade não contribui para responsabilizar, exclusivamente, as parteiras pelas altas taxas de mortalidade materna e neonatal, reiterando-se a imagem estereotipada e preconceituosa da parteira como mulher ignorante, pobre, negra e/ou estrangeira de 'moral duvidosa' e do médico, como salvador:

"Aceitar que o sexo masculino participava da parturição não seria admitir que o suposto "atraso" da Obstetrícia no passado também devia-se aos homens? E que as mulheres, ao aceitarem a participação masculina na parturição não tinham tanto sentimento de vergonha e de pudor quanto se esperava que tivessem?

Não se pode esquecer ainda que achar um culpado - no caso uma culpada, a parteira - para a mortalidade de mãe e crianças e, atribuir ao médico a imagem de salvador, certamente é muito mais fácil do que enfrentar os problemas sofridos pelas mulheres durante a parturição devido a múltiplas razões, desde os limites do próprio saber e da prática médica no período, da precariedade do ensino médico, até questões de ordem geral como distribuição desigual de riqueza, a escravidão.." (MELO SOUZA:1998: 85)

É interessante notar que, embora as normas sociais interditassem a presença masculina durante o parto, o marido, segundo crenças populares existentes no século XIX, por vezes, desempenhava papel simbólico relevante nesse evento, à medida que seus pertences estavam entre os objetos materiais de que as parteiras lançavam mão para facilitar partos 'difícultosos' (MELO SOUZA: 1998:240). Aliás, mesmo no período contemporâneo, o recurso à participação simbólica do marido, por intermédio de objetos a ele pertencentes, em partos difíceis é também mencionada como prática de parteiras tradicionais em Florianópolis (TORNQUIST: 2001).

Até meados do século XX, a maioria das mulheres brasileiras era atendida no parto em seus domicílios, e por parteiras tradicionais, também conhecidas, popularmente, como 'aparadeiras' ou 'comadres'. A medicina, enquanto instituição, inicia seu longo percurso em direção à incorporação dessa prática como uma de suas atribuições, nos séculos XVII e XVIII, na Europa. Esse processo de 'medicalização do parto' se estendeu ao Brasil no início do século XIX, com a inauguração das primeiras escolas de medicina na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808, sendo implantadas pela Coroa Portuguesa, quando de sua vinda para o Brasil. Ao longo do século XIX e início do século XX, um dos grandes objetivos da classe médica brasileira, particularmente na área obstétrica, era atrair o público feminino à clínica, ao consultório e ao hospital, para realizar o parto (BRENES: 1991). Durante esse período, obtiveram, relativamente, pouco apoio do Estado neste sentido e, cabe lembrar, a autoridade cultural da medicina, de modo geral, ainda não estava estabelecida (STARR: 1982; MONTEIRO: 1985). Os 'parteiros' ou 'médicos-parteiros', como eram chamados os profissionais formados em obstetrícia, encontraram fortes resistências, tanto por parte das

mulheres, como por parte da Igreja, aos esforços que empreenderam no sentido de ampliarem seu campo de atuação profissional (BRENES: 1991; MELO SOUZA: 1998).

Uma das questões que norteava a resistência à entrada da medicina na cena do parto era o fato de essa profissão ser exercitada, exclusivamente, até 1887, no Brasil, por pessoas do sexo masculino, infringindo, assim, as normas sociais referentes à exposição e ao manejo do corpo feminino. Segundo MELO SOUZA (1998:220), ao longo do século XIX,

"O pudor era uma atitude esperada, própria da 'natureza feminina' e valorizada socialmente. Mesmo em situações de risco de vida há informações que muitas mulheres recusavam a manipulação dos órgãos genitais, assim como as operações necessárias - comportamento que me parece deve ser matizado, já que freqüentemente não há como avaliar se a recusa foi uma decisão própria ou uma imposição do marido."

Destinado a ser tocado apenas pelos maridos, o corpo feminino estava interditado, salvo raras exceções, ao escrutínio dos médicos. Estes só estavam autorizados a fazer o toque em casos de doenças graves, sendo o rompimento dessa regra interpretado como uma "invasão na relação conjugal", à medida que, como assinala Melo Souza, há uma forte analogia entre a técnica ensinada e a penetração sexual (1998:220).

Nos manuais de obstetrícia, regras minuciosas eram explicitadas para se proceder ao exame vaginal, visando fazer frente a esses preceitos morais:

"Segundo as condições físicas, o tamanho do seu corpo (mais ou menos gorda), o toque era feito com a paciente em pé, vestida, e o médico de frente, abaixado, apoiado sobre um joelho; ou a mulher deitada também vestida, recoberta por um lençol e o médico ao lado da cama. Por decência, a parteira ou médico não deveriam olhar as partes externas da geração. O olhar deveria ser dirigido para os lados e jamais por debaixo do lençol ou das roupas da cliente." (MELO SOUZA:1998:218)

Os cursos de Obstetrícia de ambas as escolas de medicina - da Bahia e do Rio de Janeiro - até o último quartel do século XIX, eram cursos exclusivamente teóricos, pois, a despeito da crescente valorização da experiência clínica no interior da instituição médica, os diretores das faculdades enfrentavam fortes resistências à realização do ensino prático da

assistência ao parto nos hospitais aos quais estavam vinculadas, as Santas Casas de ambas as cidades, devido a defesa dessas mesmas normas sociais pelos representantes da Igreja que dirigiam estas instituições. No Rio de Janeiro, por exemplo, conforme relata Anayansi Correa Brenes, no período entre 1882 e 1889, quando o Visconde de Saboia estava na Direção da Faculdade de Medicina,

"a Obstetrícia continuava com problemas, pois a sua instalação na Santa Casa era impedida pelas Irmãs de Caridade *que consideravam o parto uma falta de pudor*, e somente a interferência direta do provedor Ferreira dos Santos conseguiu solucionar o problema". (BRENES: 1991:140 - *itálicos da autora citada*).

O processo histórico de medicalização do parto, por vezes, tem sido analisado sob a perspectiva das lutas corporativistas entre os profissionais que disputam por este campo de atuação ou mercado de trabalho, que é o de prestar assistência ao parto ou "exercer a arte de partejar".

Nesse sentido, alguns textos indicam que a disputa entre parteiras e cirurgiões-barbeiros por esse campo de atuação, data dos séculos dezessete e dezoito na Europa.

Antes deste período eram as parteiras as principais responsáveis pelo atendimento a parturiente e o acompanhamento ao parto.

A desqualificação da parteira, acusada freqüentemente de bruxaria na Idade Média, e do seu trabalho, por não estar baseado no conhecimento de princípios científicos e de higiene, são aspectos relevantes do processo de marginalização desta profissão em diversos países ocidentais, inclusive no Brasil.

Aos cirurgiões, a prática da obstetrícia ofereceu uma entrada plausível no campo da medicina. É interessante notar que, ainda hoje no Brasil, segundo depoimentos de vários médicos à pesquisadora Simone Diniz, a episiotomia e seu reparo habitualmente constitui: "a primeira oportunidade de treinamento de suturas pelos futuros cirurgiões de qualquer especialidade e não apenas dos gineco-obstétricas" (DINIZ:2001:102).

Numa pequena incursão histórica, vale observar que, desde o período colonial, a profissão de parteira no Brasil esteve sob o controle e a subordinação dos médicos, não sendo considerado uma profissão que deveria ser exercitada de forma autônoma. Ela foi reconhecida e regulamentada no Brasil desde os primórdios da colonização, quando se exigia que, para exercerem sua profissão, as parteiras deveriam possuir “carta de exame” concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império e licença da Chancelaria<sup>23</sup>

A partir de 1832, temos uma sequência de documentos legais regulamentando o ensino de parteiras e o exercício de sua profissão.

O surgimento e a regulamentação do primeiro curso de parteiras, no Brasil, realiza-se no momento da criação das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O decreto de 3 de outubro de 1832, que transforma as Academias Médico-Cirúrgicas das duas cidades em Faculdades de Medicina, cria o curso de Farmácia e o curso particular para Parteiras.

Melo Souza (1998) observa que a criação do curso de parteiras diplomadas ocorre num momento em que o discurso médico, no Brasil, se insurge contra as parteiras tradicionais, responsabilizando-as pelos altos índices de mortalidade materno-infantil, por abortos e infanticídios (Melo e Souza:1998).

Ao se reformularem as antigas Academias de Medicina e instituir o curso de parteiras diplomadas, tomou-se por modelo o que era considerado exemplar na Europa.

O curso de parteiras diplomadas, também, era visto por alguns como uma estratégia para se abrir o campo profissional para médicos, sendo esse, inclusive, um dos argumentos utilizados por Madame Durocher em defesa da parteira profissional. Em sua visão, esta última, se tivesse acesso a um curso que propiciasse uma melhor formação, contribuiria

"para destruir o preconceito contra médicos, preconceitos sustentados por estas comadres ignorantes e parteiras charlatões" (DUROCHER apud MELO SOUZA:1998: 89)

---

<sup>23</sup> ALMEIDA citada por TSUNESHIRO, M. Tese de doutoramento apresentado à faculdade de enfermagem da USP, 1987, p.5.

Entretanto, a disputa no campo profissional, entre médicos e parteiras leva a classe médica a situar freqüentemente a parteira diplomada, não como aliada, mas como concorrente, à medida que era seu desejo reservar a prática obstétrica para si.

Assim, data desse período um discurso médico sobre sexualidade feminina, que constrói uma imagem da mulher como "um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos podiam orientar, por serem os únicos que a conheciam" (BRENES: 1991:145)

Entre 1832 e 1931, houve poucas modificações em relação à formação de parteiras nas escolas vinculadas às faculdades de medicina. O diploma conferido era o de parteira e, a duração do curso, a partir de 1854 e até 1931, era de dois anos (JORGE: 1975; TSUNECHIRO: 1988).

Por outro lado, a formação das parteiras profissionais passou a não se realizar, única e exclusivamente, em cursos anexos às Faculdades de Medicina, desde as primeiras décadas do século XX. Havia estabelecimentos hospitalares que também mantinham cursos de parteiras diplomadas (SCHRAIBER: 1993), as quais foram denominadas 'enfermeiras obstétricas licenciadas', no Ante Projeto do Regulamento Sanitário de 1935, para diferenciá-las das 'enfermeiras obstétricas' formadas pelos cursos vinculados às Faculdades de Medicina ou pelos cursos ministrados nas Escolas de Enfermagem, a partir de 1923. Cabe notar que estes últimos, não obstante o fato de serem ministrados por escolas de enfermagem, permaneceram desvinculados do curso de enfermagem até 1943.

Entre 1931 e 1972, o curso de parteiras, vinculado às Faculdades de Medicina, sofre uma série de modificações importantes, tanto em relação ao título conferido, quanto em relação aos pré-requisitos para admissão e ao tempo de duração. É nesse período que se cria uma disputa entre as "parteiras", "obstetizes" e "enfermeiras obstétricas", formadas nos cursos vinculados às faculdades de medicina, e as "enfermeiras obstétricas", formadas nas faculdades de enfermagem, criadas no Brasil a partir de

1923<sup>24</sup>, em relação ao campo de atuação dessas profissionais. Disputa essa, que se expressa na polêmica em torno do título conferido às profissionais formadas nos cursos vinculados às Faculdades de Medicina e às de Enfermagem, bem como em relação a distintas concepções dos requisitos necessários para se exercer a "arte de partejar", isto é, distintos modelos de formação profissional. (modelo "europeu" x modelo "americano" //curso técnico x curso universitário// curso de graduação em enfermagem obstétrica x curso de graduação em enfermagem com especialização e/ou habilitação em enfermagem obstétrica, sendo este último o modelo prevalecente). Essa disputa acaba se "resolvendo" com a extinção, em 1972, do último curso existente, então, no Brasil, de graduação em enfermagem obstétrica, vinculado à Faculdade de Medicina da USP e a "absorção" de algumas das obstetrizes, que compunham o seu quadro docente, pela Escola de Enfermagem da mesma Universidade.

É interessante notar que desde 1966, no mínimo, já se falava na tendência à extinção dos cursos de obstetrícia, vinculadas às faculdades de medicina:

"A tendência no país é para a formação de enfermeiras obstétricas pois só subsistem 3 escolas isoladas para parteiras. O ideal seria a integração destes cursos às escolas de Enfermagem de São Paulo, Recife e Rio Grande do Sul. Se não for possível essa integração, poder-se-ia aplicar aos dois tipos de escolas, o disposto no artigo 4o da Portaria Ministerial de 4-2-1963:

'Os cursos de enfermagem e obstetrícia poderão se articular por meio de um tronco de dois anos, organizado pelas escolas em seus regimentos.'"

Porém, a disputa entre enfermeiras e parteiras, no Brasil, não pode ser desvinculada do processo histórico de hospitalização do parto.

A transição ao parto hospitalar nos Estados Unidos e em alguns países europeus data do final do século XIX e início do século XX<sup>25</sup>, e faz parte de um movimento maior de profissionalização da medicina.

<sup>24</sup> O Decreto No. 16.300 de dezembro de 1923 cria a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola de Enfermagem Ana Neri, referido em TSUNESHIRO, M. op.cit.

<sup>25</sup> Ver à respeito MICHAELSON(1988) e KITZINGER, (1988).



No que diz respeito ao nascimento, há uma subordinação do trabalho de parto ao controle médico, que se caracteriza pela redução do parto a padrões previsíveis e pela introdução de rotinas sistemáticas e bastante intervencionista, como o uso de fórceps, a episiotomia e a cesárea (MARTIN: 1987; DAVIS-FLOYD: 1992). Nesse processo, o trabalho de parto é dividido em etapas e manejado como outras formas de produção em massa, características do Fordismo, resultando, para a parturiente, em uma experiência de fragmentação do corpo (MARTIN: 1987).

Esse processo de medicalização da sociedade, e do parto em particular, realizou-se, segundo uma série de especificidades históricas, sócio-econômicas e culturais e que tem sido objeto de análise de diversos autores, na Europa e nos Estados Unidos. Em relação ao Brasil, o levantamento bibliográfico realizado aponta questões relevantes.

Um pequeno exame da legislação e bibliografia pertinente indica que a enfermagem desempenhou um papel instrumental na história da hospitalização do parto no Brasil. No período após a II Guerra Mundial, essa passou a desempenhar, com o apoio do Estado, o controle e a fiscalização das profissões não-médicas, responsáveis pela parturição no Brasil. A partir de então, essas funções, antes exercidas pela medicina, passam a ser exercidas pela enfermagem.

A primeira medida de subordinação das parteiras tradicionais, as chamadas "parteira práticas", ao controle e fiscalização da enfermagem é o Decreto - Lei no. 8.778, de 22 de janeiro de 1946, que "Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas".<sup>26</sup>

Esse papel de 'caças-às-bruxas' (WAGNER: 1995), antes desempenhado pela medicina, foi fundamental para restringir a área de atuação e autonomia de outros profissionais, ampliando o campo do exercício da obstetrícia nos hospitais. Nesse sentido, a enfermagem obstétrica, cujos cursos foram subvencionados pelo Estado, a partir de 1949<sup>27</sup>, foi responsável pelo alijamento de outros profissionais e categorias atuantes no setor. A enfermagem obstétrica contribuiu, ao que parece, mais

---

<sup>26</sup> Ver à respeito Anexo de Legislação de Enfermagem.

para a construção da autoridade médica do que para a criação de um campo de trabalho específico para a categoria.

É a partir da década de 40, por intermédio de movimentos de suas associações profissionais, que parcela dessa categoria passou a reivindicar a definição de um espaço de atuação profissional peculiar. A importância desse tipo de posição ganha atualidade, quando se considera o espaço aberto à interlocução, em nível do próprio Ministério de Saúde.

A conquista desse campo de atuação constituiu-se, novamente, a partir de uma disputa pelo controle do mercado frente a outras propostas de assistência não médica, cujo exemplo típico se dá em relação ao caso do Projeto de Lei No 3.175 de 1997, que dispõe sobre o exercício da profissão de Técnico em Obstetrícia, do qual Angela Gerhke da Silva tornou-se porta voz.

Os comentários acima visam, na realidade, contribuir para a elucidação da situação enfrentada pelas parceiras da Associação Comunitária Monte Azul com profissionais de enfermagem, com os quais desenvolveram relações profissionais.<sup>28</sup> Acreditamos que eles ajudam a esclarecer os motivos pelos quais Angela Gerhke da Silva - embora contasse com o reconhecimento oficioso de seu trabalho por parte de profissionais do corpo docente da Faculdade de Enfermagem da USP, entre outras, e da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstétricas, seção São Paulo - não obteve qualquer apoio dessas instituições em suas tentativas de revalidação de seu diploma. Ela foi freqüentemente convidada a proferir palestras na Escola de Enfermagem da USP e a receber alunos deste e de outros cursos de enfermagem no ambulatório da ACOMA para visitas.<sup>29</sup> Porém, não obteve êxito quando procurou revalidar seu diploma na USP. Apenas após a notificação do Conselho Regional de Enfermagem - COREN-SP, é que obteve apoio da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstétricas, mais precisamente de sua presidente, ao mesmo tempo, docente e diretora da Escola Anna Nery, da Universidade Federal do

---

<sup>27</sup> Ver ,a respeito, Anexo de Legislação de Enfermagem.

<sup>28</sup> Ver a documentação a respeito, em anexo

<sup>29</sup> Ver legislação de enfermagem, em anexo

Rio de Janeiro, para a revalidação dos créditos do curso de obstetriz realizado na Alemanha e para a realização de uma complementação, que resultou na obtenção da revalidação de seu diploma de obstetriz.

O caminho percorrido se conforma com aqueles abertos às obstetrizes brasileiras, quando do encerramento dos cursos de obstetrizes em 1972. Ofereceu-lhes então, a possibilidade de "conversão" em enfermeiras obstétricas, como se reitera na atual legislação<sup>30</sup>.

Aliás, a conversão e a subvenção, como estratégias de eliminação de uma via de formação ou de uma categoria profissional nessa área da assistência à parturição, já fora instituída como prática, tendo o apoio explícito do Estado, desde, pelo menos, 1949, quando da aprovação da lei No 775 de 6 de Agosto de 1949, que "Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências", como pode ser percebido em seus artigos 21, 22 e 23 dessa lei:

"Art. 21. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorridos sete anos, após a publicação desta Lei, não poderão contratar para a direção dos seus serviços de enfermagem senão enfermeiros diplomados.

Art. 22. Aos atuais cursos de enfermagem obstétrica', (aqueles das Faculdades de Medicina cujas formandas antes se chamavam de 'parteiras diplomadas' e outros realizados por hospitais), 'será facultada a adaptação às exigências da presente Lei, de modo que se *convertam* em cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, destinados à formação de enfermeiras e de auxiliares de enfermeiras especializadas para a assistência obstétrica.

Art. 23. O Poder Executivo subvencionará todas as escolas de enfermagem que vierem a ser fundadas no País e diligenciará no sentido de ampliar o amparo financeiro concedido às escolas já existentes."

Em 1986, é aprovada pelo Congresso a lei No 7.498, de 25 de junho de 1986<sup>31</sup>, que "Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências". Em seu Artigo No 6, definem-se como enfermeiros, os titulares de diploma ou certificado de Enfermeiro, Obstetriz ou Enfermeira Obstétrica, ou "equivalente, conferido por escola

<sup>30</sup> Ver legislação de enfermagem em anexo.

<sup>31</sup> Ver a respeito anexo referente à legislação de enfermagem.

estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural e revalidado no Brasil como de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz". Este artigo equivale ao artigo 4, do Decreto No. 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a lei acima mencionada.

Ao incorporarem as obstetrizes na categoria de "enfermeiros" dissolvem-se possíveis focos de tensão, já que se garante a inserção dos profissionais diplomados com o título de obstetrizes na categoria de enfermeiros e lhes assegura o seu exercício profissional.

Por outro lado, pode ser entendido, também, como uma estratégia de se esvaziar a velha categoria Obstetriz de significado. Afinal, como diz o artigo 1, do Decreto N<sup>o</sup> 94.406, reforçando esse intuito,

"O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei no. 7.498 de 25 de junho de 1986, e respeitadas os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região."

Assim, a antiga categoria de obstetrizes já não existe mais, tendo-se assegurado às portadoras desse título a conversão em enfermeiras.

Mediante esse processo, eliminou-se a possibilidade de exercício de outra profissão no campo da obstetrícia - a de obstetriz por via direta - e se eliminou outro percurso de formação profissional.

## **4. O DEBATE ANTROPOLÓGICO SOBRE A QUESTÃO DO NASCIMENTO E PARTO**

### **4.1 Perspectivas antropológicas sobre o nascimento e parto**

Na literatura antropológica, o tema do nascimento e parto tem sido objeto de reflexões desde o início do século passado. O interesse pelo tema advém do fato de que o nascimento é, ao mesmo tempo, um ato fisiológico e, portanto, universal, e um evento produzido culturalmente. A discussão sobre o que é fisiológico e o que é cultural nesse evento - se é que seja possível fazer essa cisão – remete-nos à própria concepção da relação entre natureza e cultura, discussão teórica de fundamental importância no campo da Antropologia, que remonta a reflexões filosóficas que extrapolam esta disciplina e que antecedem ao seu surgimento.

Mencionamos isto apenas para situarmos o interesse pelo tema do nascimento na disciplina, pois nos parece que, embora não seja um tema “novo”, ele continua despertando bastante interesse na antropologia contemporânea.

Uma das primeiras contribuições importantes para o estudo antropológico do nascimento e parto partiu de Arnold VAN GENNEP ([1908]1960).

Segundo ele, a vida do indivíduo, em qualquer sociedade, envolve uma série de passagens de um grupo de idade para outro grupo de idade. Essas transições, que envolvem a perda de determinados papéis sociais e a aquisição de outros novos, são marcados por ritos.

Esses ritos de passagem facilitariam as mudanças de *status* ou condição social no ciclo vital, sem ocasionar violentas rupturas sociais. Eles, também, tenderiam a seguir uma determinada seqüência, embora, nem sempre, os três tipos fossem igualmente importantes ou elaborados:

ritos de separação(ritos preliminais);

ritos de transição ( ritos liminais)

ritos de incorporação ou reintegração( ritos pós-liminais)

A gestação e o parto, para Van Gennep, seria um desses períodos de transição, pontuado por ritos que facilitariam essa passagem na vida da mulher para a condição de mãe, e na vida do bebê (nem sempre no mesmo momento do parto) para a condição de ser social.

Uma das contribuições mais importantes desse autor foi a de salientar a distinção entre concepção, gestação, parto, e maternidade/ paternidade, enquanto atos fisiológicos e estado físico ou biológico e eventos culturais.

“Fica evidente que o retorno fisiológico do parto não é a consideração mais importante (para definir o momento em que ocorrem os ritos de reintegração), mas, ao invés disso, há um retorno social do parto, assim como há uma maternidade/ paternidade social que é distinta da maternidade/paternidade física, e um casamento social que é distinto da união sexual.”  
(VAN GENNEP: [1908]1960:46)

As contribuições desse autor são retomadas, sob vários aspectos, por antropólogos sociais em diferentes estudos sobre o corpo, processo de socialização, ritos de iniciação e ritos de passagem. Aliás, alguns estudos mais recentes sobre o parto e nascimento, que discutiremos adiante, inspiram-se nele, ao enfocarem a parturição como um rito de transição (DAVIS-FLOYD:1992; PIZZINI: 1989).

Marcel Mauss, contemporâneo de Van Gennep, trouxe uma importante contribuição para a análise antropológica do nascimento, ao enfocá-lo como técnica corporal (MAUSS:[1936]1974). Segundo esse autor, as técnicas corporais são atos que aprendemos por meio do processo de socialização e que têm, por objetivo, a utilização do corpo enquanto objeto e meio técnico:

“Antes das técnicas como instrumentos, há o conjunto de técnicas corporais. (...) Esta adaptação constante a um fim físico, mecânico, químico (por exemplo quando bebemos) é perseguida em uma série de atos montados, e montados no indivíduo não simplesmente por ele mesmo, mas por toda a sua educação, por toda a sociedade da qual ele faz parte, no lugar que ele nela ocupa.”(MAUSS: [1936]1974:218)

Embora possam ser sentidos como mecânicos por seus autores, esses atos, de natureza bio-psico-social, seriam fruto de um processo de

socialização coercitiva. Carregados de significado, expressariam o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, cabendo ao antropólogo interpretá-los.

Essas técnicas são de fundamental importância social, segundo o autor pois, ao adaptar o corpo ao seu emprego, propiciam o domínio sobre o emocional:

“Ela consiste, em particular, na educação do sangue frio. E este é, antes de tudo, um mecanismo de retardamento, de inibição de movimentos desordenados; este retardamento permite uma resposta posteriormente coordenada de movimentos coordenados, partindo então na direção do fim escolhido. esta resistência à emoção avassaladora é algo de fundamental na vida social e mental.”(op.cit.:232)

Em relação ao parto, Mauss enumera um conjunto de técnicas corporais que lhe são específicas, as “Técnicas do nascimento e da obstetrícia”. Cabe ressaltar que, em 1936, Mauss já incluía a posição do parto entre as técnicas de nascimento e obstétrica, chamando a atenção para o fato de que a posição deitada sobre as costas, já aceita na França, naquele período, como “normal”, era uma técnica produzida socialmente e fruto de um processo coercitivo. As outras técnicas do nascimento eram:

- técnicas de parto tanto para a mãe, como para seus auxiliares
- para a retirada da criança
- ligadura e secção do cordão
- para os cuidados com a mãe e a criança
- a escolha da criança
- a exposição dos defeituosos
- a morte dos gêmeos
- o reconhecimento da criança

A percepção do parto como um processo envolvendo 'emoções avassaladoras', que são direcionadas para um determinado fim (no caso, o parto bem sucedido), por meio de técnicas, será retomado por Claude LEVI-STRAUSS (1973).

Ao abordar os significados de um canto ritual que é empregado pelo xamã entre os Cuna, do Panamá, para ajudar um parto difícil, a preocupação central de Levi-Strauss é a de discutir a “técnica de cura xamanística” em

termos de sua eficácia simbólica. Assim, a discussão sobre a relação entre natureza e cultura no nascimento desloca-se das técnicas corporais para a linguagem, enquanto sistema simbólico e elemento da cultura, que intervém para levar a bom termo um processo fisiológico que assume aspectos patológicos.

“A cura consistiria, pois, em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos, e aceitáveis para o espírito as dores que o corpo se recusa a tolerar.(....) O xamã fornece à sua doente uma *linguagem*, na qual se podem exprimir imediatamente estados não-formulados, de outro modo informuláveis. E é a passagem a esta expressão verbal (que permite, ao mesmo tempo, viver sob uma forma ordenada e inteligível uma experiência real, mas, sem isto, anárquica e inefável) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, num sentido favorável, da sequência cujo desenvolvimento a doente sofreu.” (LEVI-STRAUSS:1973:215-16)

Suas idéias constituem uma contribuição importante para a análise das dimensões simbólicas dos processos de saúde - doença e de cura. Entretanto, percebe-se, à leitura do texto que, além da linguagem, há outras características do canto, do ritual em que se insere, assim como do próprio processo de parturição entre os Cuna, que devem contribuir para a eficácia da cura. Assim, por exemplo, o próprio caráter repetitivo do canto e seu ritmo ou cadência devem imprimir um ritmo à respiração da parturiente, constituindo-se, neste sentido, em uma técnica corporal. Ao mesmo tempo, a presença da parteira e do xamã, além de outros participantes reais e imaginários (todas as figuras míticas evocadas no canto) desse processo, constituem, efetivamente, um suporte emocional para a parturiente.

Laderman retoma essa discussão a respeito da eficácia simbólica do canto do feiticeiro, durante um trabalho de parto mais difícil em sua experiência em campo entre os Malay (1983). O *jampi*, canto Malay, era recitado pelo *bomoh*, feiticeiro, em situações de trabalho de parto prolongado e doloroso, quando este era convocado pela *bidan*, parteira, para prestar sua assistência especializada. Laderman gravou o canto durante um parto prolongado e, depois, procurou o feiticeiro para esclarecer dúvidas quanto à sua tradução e interpretação. Procurou, também, a parturiente, depois do parto, para buscar depreender o que essa havia compreendido do canto. Segundo ela, a mulher lembrava-se do canto, mas



não recordava seu conteúdo. Quando ela colocou a gravação para que a mulher pudesse ouvir o canto novamente, esta soube explicar o raciocínio básico do canto e seu esboço geral, mas lhe escapavam muitos dos seus significados internos e alusões simbólicas. A autora conclui que a eficácia simbólica do canto se deve ao sentido geral e à ambigüidade de seus símbolos e não à especificidade dos significados destes:

“Se os símbolos foram eficazes - e acredito que foram - seu poder se deve à sua generalidade e ambigüidade ao invés de sua especificidade.

Embora a mitologia e os papéis sociais desempenhados pelo bomoh da Malaia e o xamã Cuna são diferentes, os encantamentos de ambos fornecem um fundamento lógico para a mulher em trabalho de parto prolongado que colocam sua dor em um contexto significativo, prometendo-lhe um final satisfatório para o mesmo ao invés de permitir que as dores sejam sentidas como uma tormenta improdutiva e caótica. (...) O feiticeiro, reconhecendo a experiência da mulher de deslocamento no tempo, lhe fornece um dispositivo de tempo mítico, um tempo controlado por uma racionalidade que está além da aparência cotidiana, na qual pode recobrar as forças e concentrar seus esforços para levar o trabalho de parto a um fim bem sucedido.” (LADERMAN:1983:147).

A discussão sobre o nascimento e parto, enquanto transição, é retomada pela antropologia americana contemporânea, que descreve esse evento como marco fundamental no ciclo de vida em diversas culturas. A análise se detém, em alguns estudos, nas especificidades dos rituais que marcam essa transição, buscando depreender o que eles nos revelam sobre culturas e sociedades que os produzem (FREID & FREID:1983; TURNBULL: 1984).

Neo-evolucionista, a ênfase de Freud & Freud recai sobre o papel adaptativo que esses rituais desempenham no processo de evolução cultural.

Uma revisão da literatura, que busca realizar uma análise comparativa da gestação, parto e puerpério em diferentes culturas e sociedades foi realizada por MEAD & NEWTON (1967). O artigo destes autores é relevante à medida que retoma, até aquele momento, diversas questões e temas

relacionados com os aspectos culturais do nascimento e parto, que haviam sido levantados na literatura.

Para Mead e Newton, a relevância de estudos comparativos de antropologia sobre o nascimento e parto revela-se ao:

- ♦ apontar para o caráter cultural de certos comportamentos, práticas, e atitudes ou valores tidos como fisiológicos “instintivos ou “naturais”
- ♦ sugerir possíveis áreas de pesquisa
- ♦ levar-nos a questionarmos certos aspectos de nosso modelo de atendimento, que consideramos de boa qualidade e inalteráveis
- ♦ contribuir para a introdução de novas práticas, partindo-se do princípio de que profissionais de saúde, preocupados com o manejo do atendimento à gestação, parto e puerpério podem e devem combinar formas de comportamento tradicionais e racionalizadas.

Cabe destacar que a proposta de realizar uma "acomodação mútua" entre diferentes práticas culturais e formas de conhecimento é retomada, mais tarde, por JORDAN (1983;1993) e por DAVIS-FLOYD & SARGENT (1997). Por outro lado, essa proposta receberá críticas, em nosso entendimento, bastante pertinentes, de JEFFERY & JEFFERY (1993) e VAN HOLLEN (1994), às quais voltaremos no final desta seção.

Retomando a análise de MEAD & NEWTON (1967), para eles a cultura incidiria sobre a experiência do parto e nascimento, das seguintes maneiras:

"Formas de reagir as crianças:

- formas de perceber e classificar etapas de maturação e crescimento
- os efeitos econômicos da parturição
- o efeito da criança no status social dos pais
- o grau de compromisso emocional em relação à criança
- padrões de seleção para a formação do vínculo

Formas de reagir à gravidez:

- sentimento de responsabilidade em relação ao desenvolvimento fetal
- sentimentos de solicitude maior em relação à mulher grávida
- gravidez enquanto evidência de adequação sexual
- gravidez como período de maior vulnerabilidade e debilidade
- gravidez como período de vergonha e reticências

Formas de reagir ao nascimento:

- a importância que se atribui ao nascimento
- nascimento enquanto doença ou fisiologia normal
- privacidade que cerca o nascimento
- implicações sexuais do nascimento
- nascimento como realização ou evento que deve ser pago
- nascimento como algo sujo ou degradante (rituais de purificação)
- nascimento como algo envolvendo forças sobrenaturais

Formas de reagir ao período de transição:

- a transição desenvolvida
- a transição muda ou abafada

A vida em família e o apoio da comunidade:

- a paternidade biológica / social e a ilegitimidade
- a ajuda de mulheres a outras mulheres

Medicação e nutrição:

- padrões de concepção
- o emprego de anti-concepcionais e de drogas/ alimentos que se acredita estimulam a fertilidade
- padrões de dieta- restrições alimentares e comidas “especiais” durante a gestação, parto e/ou puerpério

Estimulação sensorial e mecânica corporal:

- estimulação sensorial:
- canto
- calor
- massagens
- atividade física durante gravidez, parto e puerpério

- mecânica corporal durante o parto
  - posições de parto
  - uso de artefatos
- Intervencionismo e "*laissez-faire*"<sup>32</sup>

Uma das críticas, que julgamos pertinente, à literatura americana supracitada, está ligada à forte influência da vertente culturalista que, ao analisar o nascimento e parto em sociedades “complexas” contemporâneas, não retrata as maneiras pelas quais as diferenciações sociais e étnicas, existentes nessas sociedades, incidem sobre a assistência prestada à parturiente e sobre suas experiências do parto. São descritos “padrões culturais” do nascimento, como se eles se estendessem de maneira uniforme a todos os membros dessas sociedades, sendo fruto de uma coerção social, cujo principal instrumento seria o processo de socialização.

Outra crítica que se pode fazer a estudos dessa vertente é a de que estes operam no interior do modelo dualista cartesiano, que pressupõe uma separação entre natureza e cultura, propondo-se a explicitar a demarcação entre essas duas esferas.

É interessante notar que estudos comparativos sobre o nascimento e o parto em diferentes culturas e sociedades, como aquele supracitado de MEAD & NEWTON (1967) e o de KITZINGER (1978), surgem no bojo do movimento feminista e de um movimento de contracultura terapêutica (STARR: 1982), em que a questão do controle da mulher sobre o seu corpo leva a um questionamento do modelo de atendimento e da rotina hospitalar empregada nesse evento em sociedades ocidentais modernas.

As práticas hospitalares passam a ser analisadas como uma série de rituais que resultam na subjugação da mulher ao controle médico, na despersonalização do parto e no deslocamento do centro de atenção da parturiente para as máquinas.

---

<sup>32</sup> Esses são os títulos e subtítulos das seções do artigo de MEAD & NEWTON (1967), que optei por traduzir literalmente para sublinhar as formulações dos autores à respeito desses temas.

É importante assinalar que se trata de uma literatura antropológica e militante, que busca propor alternativas ao modelo 'medicalizado' e 'tecnologizado' dominante.

Assim, alguns dos artigos, livros científicos e de divulgação de Sheila Kitzinger e Brigitte Jordan<sup>33</sup> estiveram, e ainda estão, (juntamente com uma vasta literatura de contracultura terapêutica e mais recentemente, publicações da Organização Mundial de Saúde e outras organizações internacionais de desenvolvimento e saúde) entre os veículos responsáveis pela disseminação de informações acerca da formação e do exercício da profissão de parteira ou obstetrix em sociedades contemporâneas modernas, como a Holanda, e pela revalorização desta profissional como agente de saúde melhor habilitada para promover a realização do parto vaginal quando não há contra-indicações, restituindo à mulher o controle sobre seu corpo no parto e respeitando os significados transcendentais do nascimento para a família.

O estudo comparativo de JORDAN ([1983]1993)<sup>34</sup> sobre os "sistemas de parto e nascimento" na Holanda, na Suécia, nos Estados Unidos e entre os Maias, de Yucatan, situa-se neste contexto. Não se trata de um enfoque culturalista e, sim, de uma abordagem interacionista simbólica. Entretanto, as diferenciações sociais e étnicas existentes nos três países, que são objeto de seu estudo, não são contemplados em sua análise, que retrata cada um deles como um único "sistema de parto e nascimento" em que todas as práticas que configuram esse evento seriam "mutuamente dependentes e consistentes internamente" ([1983]1993:48). Ao discutir a sistematicidade desse evento em cada cultura, ela afirma:

"O que torna (as práticas e procedimentos relacionados ao parto e nascimento) dependentes e consistentes, e ademais, moralmente corretos, é a definição local do evento que é específica à cada

<sup>33</sup> Ver à esse respeito, por exemplo, KITZINGER (1988) e JORDAN (1987).

<sup>34</sup> Esse livro de Jordan, intitulado *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Birth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, tinha, originalmente, 5 capítulos. Em sua 4ª edição, ele ganhou mais 3 capítulos, onde se introduz conceitos novos e uma mudança importante na abordagem. Os primeiros 5 capítulos foram mantidos em sua forma original (as poucas 'atualizações' são claramente sinalizadas) e se transformaram na Part I da 4ª edição. Quando me refiro a essa Primeira Parte, indico o livro como fiz acima: JORDAN [1983]1993. Ao me referir à Parte II, indico o mesmo livro como se segue: JORDAN (1993).

cultura como, por exemplo, um procedimento médico (nos Estados Unidos), ou um evento estressante, porém uma parte normal da vida em família (como no Yucatan), ou como um processo natural (como na Holanda), ou como uma realização intensamente pessoal e satisfatória (como no caso da Suécia). A perspectiva localmente compartilhada de nascimento e parto garante que, de modo geral, os participantes do evento tenham idéias semelhantes em relação ao modo como deve transcorrer e como se deve manejá-lo. Esse ponto de vista localmente compartilhado tem um status ideológico, com isso quero dizer que, serve de parâmetro para conduzir as rotinas desse empreendimento. Ao mesmo tempo, fornece os recursos para lidar com 'problemas' fornecendo a fundamentação para justificar procedimentos obstétricos quando e se esses se tornam problemáticos." (JORDAN: [1983]1993:48)

Para Jordan, o nascimento é um processo fisiológico e cultural que pontua um processo contínuo, cujo início e fim são demarcados de formas distintas em diferentes culturas:

"o processo de nascimento é configurado de forma significativa e essencial pela interação social. O próprio processo de trabalho de parto e nascimento é constituído de forma interacional, isto é, o fazer (a produção) do nascimento é inseparável das pessoas que participam de sua produção como um evento sensível ao contexto local." (JORDAN: [1983]1993:43)

A partir de pesquisa de campo etnográfica, envolvendo observação participante e entrevistas com os diversos participantes desse evento, em quatro contextos culturais distintos, como mencionamos acima, Jordan descreve e interpreta a experiência do nascimento em cada local. Entende-se por experiência do nascimento, um processo que ela sistematiza para fins da análise e que contempla,

"Os modos pelos quais esse processo é vivenciado, como é dotado de significados e manejado do ponto de vista comportamental" (JORDAN[1983]1993:43)

Jordan selecionou alguns parâmetros para análise comparativa transcultural da organização destes sistemas:

"Características biosociais do sistema de nascimento:

- A definição do evento
- A preparação para o nascimento e parto

- Os participantes do evento (especialistas e não especialistas) e o sistemas de suporte ou apoio
- território do nascimento
- O uso de medicação no parto e nascimento
- A tecnologia do nascimento
- O locus da tomada de decisões (Quem toma as decisões no transcorrer do processo - Quem é “dono” do nascimento?)”

A interação entre diversos elementos deste sistema, mais especificamente a tecnologia, o território, os participantes, o sistema de suporte e o locus da tomada de decisões, é retomada pela autora em um artigo (1987), que ilustra o modo como opera a análise comparativa acima proposta.

Segundo Jordan, em todas as sociedades conhecidas, sejam elas contemporâneas ou históricas, há um conjunto de objetos materiais ou artefatos utilizados como instrumentos no trabalho de parto. O artigo discute os tipos de mudanças que acompanham as alterações nos instrumentos utilizados no trabalho de parto. São descritas e analisadas transformações quanto à posse, distribuição e valorização do conhecimento sobre esses artefatos e a respeito do parto em si, à medida que a tecnologia se torna cada vez mais complexa e elaborada. Mudanças em relação à interação social entre a mulher que está dando à luz, seus parentes e amigos e o especialistas, ao longo do processo de nascimento, também são objeto de análise.

Os instrumentos utilizados no trabalho de parto em sociedades tradicionais, que ainda não sofreram, de forma substancial, influências da medicina ocidental, estariam no nível mais baixo de tecnologia, consistindo em objetos de uso doméstico, como a rede entre os Maya. Fornecidos pela parturiente, esses artefatos são de múltiplas utilidades na rotina cotidiana e, portanto, muito familiares a ela.

No outro extremo, estariam os sofisticados hospitais obstétricos das sociedades mais tecnologicizadas, em que se verifica uma dependência muito grande a instrumentos complexos e especializados, como o monitor fetal,

com os quais a parturiente não tem nenhuma familiaridade e que lhe são, a princípio, inacessíveis e incompreensíveis.

Entre os Maya, como em muitas outras situações em que encontramos os níveis mais baixos de tecnologia, as parturientes dão à luz em casa, em meio a seus parentes e amigos, e com a assistência de uma parteira. Ao acompanharem o parto, essas pessoas recebem informações em relação ao progresso do trabalho de parto e sobre as dores e o conforto ou desconforto da parturiente, a partir dos seus depoimentos e do contato corporal com ela. É a partir dessas informações e da experiência e conhecimento anterior, que os acompanhantes prestam ajuda à parturiente.

Por outro lado, em hospitais em que um alto nível de tecnologia está à disposição, os próprios artefatos como, por exemplo, a cadeira obstétrica, criam severas restrições quanto à liberdade de movimento da mulher, do acesso que ela tem ao próprio corpo - coberta por lençóis esterilizados - e em sua capacidade de contato e interação física com o(s) acompanhante(s). Informações advindas da própria parturiente, a respeito do progresso do trabalho de parto, costumam ser menos procuradas e menos valorizadas.

Em anos recentes, observa-se uma tendência na literatura antropológica sobre a reprodução e, mais especificamente, sobre o parto, de analisá-lo como um processo em que se explicitam uma série de conflitos de poder entre os diversos agentes envolvidos, afastando-se do enfoque sistêmico acima delineado.

Alguns trabalhos procuram explicitar o embate de distintas concepções, práticas, expectativas e/ou saberes, relacionados ao parto, que emerge em encontros entre parturientes de diferentes classes sociais e/ou etnias e distintas categorias de profissionais de saúde responsáveis pela sua assistência (MARTIN: 1992; DAVIS-FLOYD: 1992; JORDAN: 1993<sup>35</sup>; KAUFFERT & O'NEIL: 1993; LAZARUS: 1997; SINGER & BAER: 1995; PIZZINI: 1989 ).

---

<sup>35</sup> Cabe mencionar que o livro de JORDAN de 1993, é uma versão atualizada daquele publicado em 1983, que inclui uma segunda parte, inexistente na primeira edição, em que introduz alguns conceitos novos como o de 'saber autorizado' e de 'obstetrícia cosmopolítica' que estão relacionados com essa tendência mais recente que enfoca conflitos de poder.



Outros estudos abordam os conflitos ou obstáculos que emergem na implementação de determinadas políticas de saúde reprodutiva, quando alguns de seus pressupostos e objetivos não coadunam com as concepções, práticas, expectativas e saberes da população alvo, a respeito da reprodução (LADERMAN: 1983; JORDAN: 1993; ATKINSON: 1993; LEAL: 1995; PIGG: 1997).

Estudos contemporâneos tendem a se afastarem de interpretações que retratavam as práticas e crenças sobre o parto como sistemas funcionais, determinados por padrões culturais mais amplos - os quais caracterizavam sociedades ou etnias como um todo. Como afirma Cecília Van Hollen, houve um deslocamento de uma perspectiva mais funcionalista ou "holística" para outra, em que:

"as crenças e práticas relacionadas ao nascimento eram retratadas como reflexos de padrões culturais em grande parte incontestados para uma perspectiva em que o nascimento é visto como uma arena dentro da qual a cultura é produzida, reproduzida e resistida, e na qual a cultura é situada historicamente dentro de um contexto de relações econômicas e políticas particulares." (VAN HOLLEN: 1994:501)

Uma concepção semelhante do processo reprodutivo aparece em um artigo de Loyola:

"De fato, ao contrário do que se supõe ainda hoje, as sociedades organizam e intervêm nos diferentes momentos do processo reprodutivo, desde a organização social do coito, da gravidez, do parto e da amamentação, ao número e à socialização das crianças, sendo todos os momentos da seqüência reprodutiva um terreno possível de decisão, de gestão, e de conflito.

Os aspectos que comandam a organização desses diferentes momentos estão relacionados com as formas de organização social, a divisão sexual do trabalho, os sistemas de representação, e, em particular as concepções acerca das relações entre os sexos. Dependendo da configuração desses aspectos num dado momento, é possível falar mesmo em diferentes sistemas ou modelos de reprodução" (LOYOLA: 1992:94)

Essa perspectiva mais dinâmica do nascimento e parto, em que as relações entre cultura e poder se tornam centrais, desponta na década de 80, constituindo importante contribuição o livro de Emily MARTIN

([1987]1992), The Woman in the Body. O trabalho da socióloga Franca PIZZINI (1989) também data desse período. Porém, essa perspectiva em que :

“a sistematicidade das construções culturais de nascimento e parto não são mais considerados como sendo inerentes a cultura, (...), mas como sendo moldados e contestados em um contexto de interações econômicas, políticas e sociais.” (VAN HOLLEN, C.:1994 : 510), ganha novo impulso e se desenvolveu mais a partir da década de 1990. Contribuições interessantes nesse sentido foram feitas por Brigitte JORDAN (1993), Robbie DAVIS-FLOYD (1992), KAUFERT & O'NEIL (1993), JEFFERY & JEFFERY (1993) e SINGER & BAER (1995).

Há algumas referências na literatura antropológica que, ao descreverem o nascimento e parto em sociedades contemporâneas, procuram analisar as maneiras pelas quais as diferenciações sociais e étnicas, existentes nessas sociedades, incidem sobre a assistência prestada e/ou a experiência do parto e nascimento para as parturientes<sup>36</sup>.

Entre esses trabalhos, cabe destacar as contribuições de Martin. Esta autora busca analisar as metáforas médicas sobre reprodução e nascimento presentes nos manuais de medicina americanos. Mostra como essas metáforas indicam que os conceitos de reprodução biológica presentes nos livros-textos de biologia e de medicina são permeados por uma série de preconceitos, valores e estereótipos culturais, que tendem a retratar o sistema reprodutivo da mulher como sendo inerentemente defeituoso e inferior ao sistema reprodutivo do homem. Ao mesmo tempo, ao explicitar o modo como as metáforas da produção em massa informam as descrições sobre o corpo feminino e a reprodução, ela demonstra como há uma valorização da produção em larga escala e da eficiência. O trabalho de parto também se pauta por esses valores, sendo dividido em etapas e manejado como outras formas de produção fabril. Nas representações sociais presentes nos manuais de medicina:

“...duas imagens se justapõem: o útero como uma máquina que produz o bebê, e a mulher como uma operária que produz o bebê

---

<sup>36</sup> A esse respeito, ver, dentre outras obras, as de MacCORMACK (1982), MICHAELSON (1988), MARTIN (1992), KAUFFERT & O'NEIL (1993); JEFFERY & JEFFERY: 1993; CARRANZA (1994); L AZARUS (1997).

(...) o médico assume o papel de 'supervisor' ou 'contramestre' do processo de produção." (MARTIN:1992:63)

E o "*produto*" desse processo é o *bebê*. Assim, o *objetivo* desse processo, que orienta o trabalho do médico, passa a ser *produzir de modo mais eficiente possível um produto perfeito*.

Como no trabalho fabril, o trabalho de parto é subdividido em estágios e sub estágios, utilizando-se de estratégias do manejo científico que, à semelhança daquele, são utilizadas para controlar o processo de reprodução.

A imposição de limites temporais nos ritmos do processo de reprodução são, como salienta a autora, uma das formas fundamentais de exercer controle sobre o trabalho de parto das mulheres. Por meio de estudos 'científicos', determinam-se os índices 'normais' ou 'ótimos', isto é, os padrões em relação aos quais se deve mensurar, ou avaliar, a 'eficiência' ou ineficiência das contrações. Desvios em relação a essas normas podem produzir 'desordens' que requerem manejo por parte dos obstetras: a administração de medicamentos; a utilização de ultra-sonografia ou outras técnicas (monitoramento eletrônico) para determinar se há uma obstrução; o uso de fórceps ou a realização de uma cesárea.

Como diz Martin:

"A linguagem na qual os textos médicos descrevem os efeitos das intervenções freqüentemente apontam para a idéia de que o que está sendo aumentado é a produtividade do processo" (MARTIN: 1992: 59)

Qual seria o papel do médico nessa concepção de parto em que ele é definido como o supervisor ou gerente desse processo de trabalho?

É ele que deve 'manejar' o processo e determinar se o 'ritmo' do trabalho é insuficiente e requer ser acelerado, seja por drogas ou outros dispositivos mecânicos. Sua preocupação prioritária deve ser com o produto desse processo - o bebê.

Segundo essa concepção, que transparece nos manuais e na literatura obstétrica analisada pela autora, a cesárea, que requer o maior

'manejo' por parte do médico e o mínimo de trabalho por parte do útero e da mulher, é visto como produzindo os melhores produtos.<sup>37</sup>

"Essa crença que a cesareana produz bebês de melhor qualidade pode ser relacionada em parte a atitude que até o trabalho de parto normal é uma experiência intrinsecamente traumática para o bebê. Desde as descrições de um ginecologista do século 19 do útero como um projétil da morte, às descrições posteriores (1920) do trabalho de parto como se assemelhando a mãe caindo num forçado ou da cabeça do bebê como estando presa numa porta emperrada, até os esforços de obstetras contemporâneos de suavizar a terrível experiência do nascimento para o bebê através de uma iluminação mais branda e banhos mornos depois do nascimento, se constrói um papel para o médico como aliado do bebê contra a potencial destruição que possa lhe ser imposta pelo corpo da mulher. Como diz Rothman, 'mãe/feto são vistos no modelo médico como uma díade em conflito ao invés de serem vistos como uma unidade integrada'" (MARTIN: 1992:64)

A imagem do útero e do corpo da mulher como uma máquina que produz o bebê e das contrações como 'involuntárias', isto é, metáforas mecânicas sobre a fisiologia do parto, começam a emergir na obstetrícia francesa dos séculos 17 e 18. Porém, essas metáforas ainda estão presentes em livros contemporâneos de obstetrícia, como mostra Davis-Floyd, citando a versão de 1987 da Williams Obstetrics:

"O útero é um órgão muscular coberto parcialmente pelo peritônio ou serosa. A cavidade é forrada pelo endométrio. Durante a gravidez, o útero serve para receber, implantar, reter e nutrir o conceito, que é então expelido durante o trabalho de parto." (DAVIS-FLOYD: 1994:1126)

A concepção da cesárea, como medida profilática ou preventiva a ser adotada contra os possíveis riscos associados ao parto normal, embora fossem mais freqüentes nos anos '30 até o final da década de '60, ainda estão presentes em revistas médicas da década de '80 como mostra Davis-Floyd, citando um editorial de 1985 do New England Journal of Medicine, que fala das vantagens potenciais da cesareana como profilaxia universal.

"Os autores se perguntam se o nascimento é um processo tão traumático e perigoso tanto para a mulher como para o bebê, então a prática obstétrica de melhor qualidade não deveria talvez

---

<sup>37</sup> Uma análise semelhante, enfocando a literatura obstétrica brasileira a partir de uma perspectiva de gênero, é realizada por Simon Grilo DINIZ (1996).

incluir a total remoção dos riscos associados ao trabalho de parto e nascimento normal." (DAVIS-FLOYD: 1994:1127)

Martin busca interpretar os diferentes tipos de parto e nascimento que diferentes classes sociais e etnias experimentam, mostrando que, em relação às cesareanas, duas diferentes expectativas emergem e, como ela mostra, se sobrepõem:

"Se as cesareanas são um recurso caro e escasso, mais disponível àqueles que tem dinheiro para pagar e a confiança e *status* para insistir que necessitam desse procedimento, então esperaríamos ver menos cesáreas ao descender a escala social de classe e etnia. (..) O quanto mais as cesareanas se tornam um recurso que beneficia médicos e hospitais, mais esse padrão é exacerbado. Se as cesareanas se tornam uma fonte de remuneração mais alta para os médicos e os hospitais também cobram mais por esse procedimento do que por parto vaginais, podemos ter a expectativa de que mais cesareanas serão realizadas no topo da escala social e étnica. Por outro lado, ou talvez sobreposto nesse padrão pode haver outro padrão no qual, (...) as cesareanas representam um meio de controlar as mulheres e seus partos e nascimentos freqüentemente exercido quando não estão em uma posição em que possam resistir." (MARTIN: 1992:149-50)

Parece-nos que essa análise é bastante pertinente para se pensar a realidade brasileira.

Outro aspecto interessante de seu trabalho é a variação que encontrou nas indicações médicas para cesareanas em distintas classes sociais e etnias. Entre a população afro-americana encontrou mais indicações de cesareanas por distócia e, entre brancas, predominaram indicações clínicas mais precisas: hemorragia, pressão alta, prolapso do cordão. A população afro-americana, que de modo geral se encontra em uma situação de maior dependência em relação à autoridade médica, é desprovida de informações mais precisas em relação ao parto. À população branca, em que se esperaria encontrar uma maior deferência para com a autoridade médica (STARR: 1982) e em se tratando daquela que detém, ao mesmo tempo, maior poder para contestá-la, são oferecidas explicações mais precisas.

Por outro lado, Martin também realiza uma análise das representações de mulheres americanas de Illinois, de diferentes classes

sociais e origens étnicas, sobre suas experiências de parto e nascimento, destacando as formas pelas quais essas distinções incidem sobre as formas de conformismo e resistência ao controle médico sobre seus corpos na arena cultural representada pelo parto.

Segundo essa autora, haveria várias formas e graus de resistência, as quais compara com formas de resistência do trabalhador no ambiente da fábrica. Estas atestam para a existência, entre essas mulheres, de concepções em relação ao corpo e ao processo reprodutivo que se contrapõem, com maior ou menor intensidade, à concepção patológica do parto. Esta se fundamenta no modelo dualista da biomedicina, enquanto o 'conhecimento incorporado' pelas mulheres em relação ao trabalho, à sexualidade e à parturição, fruto de suas experiências de vida, é informado por uma construção social do ser, associada a uma perspectiva de gênero feminina, que tenderia a ser mais holística.

Baseando-se em análises apresentadas por expoentes teóricas do feminismo, Martin argumenta que a realização do trabalho doméstico, os cuidados em relação às crianças e, particularmente, o envolvimento feminino com a gestação, parto e lactação onde seus corpos podem ser vivenciados como instrumentos de produção, levariam as mulheres a terem uma percepção mais profunda da unidade entre o trabalho manual e o trabalho intelectual, o mundo social e o mundo natural, do que aquela experimentada pelos homens na sociedade capitalista.

O fato de ter encontrado maior resistência ao modelo médico de atendimento ao parto - tanto em sua extensão como no grau em que se manifestou - entre mulheres de classes trabalhadoras, é creditado à maior vivência que estas teriam dessa unidade:

"Se há de fato alguma relação entre a realização do trabalho doméstico para o 'corpo' da família - cuidar de seus eflúvios, sujeira, lixo - e a existência de uma consciência diferente, mais prática e ancorada que seria propensa a questionar a configuração da sociedade como um todo, então deveria haver uma consciência mais aguda entre a classe trabalhadora. Pois nela, particularmente as mulheres e mais particularmente ainda as mulheres negras, realizam grande parte do trabalho doméstico para todo o 'corpo' social além do trabalho doméstico de suas famílias e aquele que

envolve os cuidados com seus próprios corpos" (MARTIN: 1992:201)

Na classificação que Martin apresenta, relativa às formas e graus de resistência, observam-se as seguintes categorias:

**Aceitação:** "as coisas são como são; nada pode ou deve ser mudado" (MARTIN:1992:184)

**Lamentação:** trata-se da forma mais amena de resistência, que consistiria em manter "o foco no penar, na dor ou na tristeza com ou sem uma percepção dos fatores estruturais que estão fora do controle do indivíduo" (op.cit.:184).

**Não ação:** "Não participando de uma organização, não atendendo uma clínica ou não utilizando um termo pois é percebido como sendo contra o próprio interesse" (op.cit.:185).

Cabe acrescentar que a autora inclui, entre as manifestações dessa forma de 'resistência', a prática de *adiar a ida ao hospital*, quando em trabalho de parto, para diminuir o período em que a pessoa se sujeita à autoridade e às intervenções médicas; uma estratégia que ela mostra ser utilizada nos Estados Unidos para se evitarem cesareanas e que foi mencionada, também, pela clientela da ACOMA em relação aos partos hospitalares anteriores.

**Sabotagem:** "Ação ou palavras ditas, cuja intenção é a de interferir com ou anular algum processo ou comportamento percebido como sendo prejudicial ou danoso para a mulher, mas que é realizado com a intenção de não ser detectado" (op.cit.186).

Entre os comportamentos, assim classificados, a autora inclui a prática de beber, comer e andar, quando os profissionais de saúde proíbem essas atividades, assim como retirar o monitor fetal ou o soro.

**Resistência:** " A recusa de aceitar uma definição de si e o ato de explicitá-lo. A recusa de agir como é solicitada ou como se exige que se comporte. Isso pode ser feito individualmente ou em grupo." (op.cit.:187)

**Rebelião** Quando se atua no sentido de "persuadir as pessoas a mudar sua forma de falar ou agir, para além de instâncias singulares de resistência como aquelas descritas acima" (op.cit.:188)

A autora cita, como exemplo, um movimento reivindicatório de mulheres no sentido de mudar as rotinas hospitalares, concernentes à administração de anestesia ou de cesareanas de repetição.

Outro modelo de análise do parto é o de Robbie DAVIS-FLOYD (1992). Essa autora procura analisar o parto como rito de passagem na sociedade americana. Como a prática obstétrica brasileira, de modo geral, vem adotando e 'adaptando' o paradigma americano, altamente tecnologizado, no processo de hospitalização do parto, esse estudo tem sido incorporado em algumas análises sobre a assistência obstétrica no Brasil, tanto em estudos da área de saúde (OSAVA: 1997; DINIZ: 1996), como em estudos antropológicos (CARRANZA: 1994; MELLO e SOUZA: 1994).

Davis-Floyd busca depreender os significados deste ritual no contexto da sociedade americana contemporânea, e seu papel na reiteração e transmissão de valores ideológicos dominantes de fundamental importância para aquela sociedade, tais como a crença na supremacia da ciência e tecnologia.

A autora realiza uma análise dos significados simbólicos dos procedimentos de rotina do parto hospitalar, por ela denominado de "modelo tecnocrático de parto". Procura elucidar os motivos pelos quais as instituições, a despeito das contra-indicações assinaladas por evidências científicas, continuam promovendo o uso rotineiro de vários desses procedimentos, entre os quais, a episiotomia e a cesareana. Procura demonstrar que eles desempenham importantes funções rituais e simbólicas atendendo, com sucesso, a diversas demandas importantes de profissionais de saúde responsáveis pela assistência ao parto, das mulheres em trabalho de parto, e da sociedade e cultura mais abrangente.

A episiotomia é analisada como uma mutilação ritual. A vagina, em diversas culturas, inclusive na nossa, é símbolo *por excelência* daquilo que é natural, sexualmente poderoso, e criativo na mulher sendo, por isso mesmo, vista como ameaçador pelos homens.

A autora relembra a figura mitológica da *vagina dentada*, que ameaça consumir ou castrar o macho impotente.

No ocidente, a crença na superioridade da cultura sobre a natureza se expressa através da metáfora, popularizada por Descartes, do corpo-máquina humano, cujo controle e aperfeiçoamento cabem à ciência.



O corpo da mulher é retratado pela medicina como uma máquina inerentemente defeituosa.

Os argumentos em prol da episiotomia, de rotina, reiteram essa simbologia, ao afirmarem que sua adoção protege a parturiente e seu conceito dos perigos apresentados pelo defeituoso corpo feminino. Para a autora, esse é um dos procedimentos, através do qual se "manifesta a tentativa cultural de utilizar o nascimento para demonstrar a superioridade e controle do Masculino sobre a Feminino, da Tecnologia sobre a Natureza". Através dessa operação, a vagina é desconstruída pelo médico, oficiante do rito e representante da sociedade, para ser, então, reconstruída culturalmente.

Além disso, a episiotomia é analisada como sendo útil, conceitualmente, para a obstetrícia. Ao transformar o nascimento em um procedimento cirúrgico de rotina, legitima-se a obstetrícia enquanto ato médico, pois se incorpora à sua prática um elemento central da medicina ocidental e uma das formas mais elaboradas de manipulação do corpo-máquina humano - a cirurgia. O ápice desse processo se dá com a adoção da cesareana como procedimento de rotina e, nesse caso, o Brasil é citado como ilustração.

Por último, como outros procedimentos, a episiotomia reforça e intensifica a mensagem sobre a importância da pontualidade e eficiência do processo de (re)produção, elementos já assinalados na análise de Martin, anteriormente mencionados.

Cecilia Van Hollen faz uma crítica, que consideramos pertinente, à interpretação de Davis-Floyd em relação aos significados simbólicos dos procedimentos da rotina hospitalar e que reproduzimos abaixo:

"Embora seja verdade que esses procedimentos podem carregar determinados significados simbólicos, é por demais simplista e funcionalista afirmar que esses procedimentos são construídos com o propósito explícito de reproduzir valores culturais dominantes" (VAN HOLLEN: 1994: 504)

Como essa crítica também se aplica ao trabalho de PIZZINI (1989), vamos discuti-lo agora.

"*The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards*" é um artigo baseado em uma pesquisa realizada em maternidades de 5 hospitais em Milão, Itália, e envolveu a observação de 100 partos. O texto segue a mãe grávida em sua viagem pela maternidade de sua admissão, até o momento em que ela recebe a alta. A autora se propõe a:

"Descrever como uma mulher que está se aproximando do momento do parto se torna uma paciente em uma maternidade significa descrever o processo de sua medicalização, dessexualização e despersonalização, através de uma sucessão de cenas que compõe o drama do trabalho de parto e do nascimento. O procedimento que se segue ao preparar a paciente para assumir seu papel mostra como a realidade enfrentada pelas mulheres na estrutura hospitalar faz parte de uma rotina estabelecida que é constantemente reiterada pela interação entre os atores (BERGER & LUCKMANN, 1966; EMERSON: 1970). A linguagem, enquanto conjunto de categorias compartilhadas por uma comunidade, favorece essa noção e empresta à realidade com a qual se depara a recém-chegada mais compacta e homogênea, ainda mais quando é tão técnica e exclusiva quanto a terminologia utilizada pela comunidade médica. Uma maternidade pode assim ser vista como uma micro-realidade social, a ser estudada em seu progressivo desdobramento em frente à paciente.

A análise que se segue esboça os atos através dos quais a concepção se realiza e os papéis recíprocos desempenhados pelos médicos, parteiras, enfermeiras e pela mãe que se aproxima do momento do parto. Refere-se ao modelo de Goffman e ao trabalho de alguns pesquisadores que tem aplicado este modelo ao campo da obstetrícia (GOFFMAN: 1959, 1961; HENSLIN & BIGGS: 1971)." (PIZZINI:1989:2)

A viagem é representada como um drama com começo, clímax e fim, apresentado nas seguintes cenas:

Prólogo: conferindo o papel de paciente. Descrito enquanto cerimônia, essa cena se inicia com os procedimentos de admissão ao hospital em que a mãe recebe uma série de instruções e é colocada em seu papel subordinado e a equipe, em seu papel de comando. Os primeiros passos nesse processo são a *reclusão* e o *despojamento e depósito dos pertences pessoais*.

Cena 1: início do processo de medicalização. Trata-se do preenchimento do registro clínico, descrito enquanto processo de legitimação dos papéis de médico e de paciente, que serve de prelúdio ao subsequente exame obstétrico, dando ao médico acesso ao corpo da

mulher. O exame obstétrico é descrito como uma fase de despersonalização que marca “o início da transição pela qual passa a mulher de pessoa a objeto técnico” de trabalho da equipe hospitalar.

Cena 2: fase de dessexualização . São descritos dois procedimentos preparatórios, que têm especial significância na dessexualização da mãe - a raspagem dos pêlos do períneo e a administração do enema. Embora a justificativa técnica desses procedimentos tenha sido contestada, ambos fazem parte da rotina hospitalar, sendo considerados pela autora como “os últimos atos da cerimônia de iniciação, à qual a recruta precisa se submeter” (p.6), sendo interpretados como rituais de purificação da cultura ocidental.

Cena 3: Dessexualizada, despersonalizada e medicalizada - os procedimentos do trabalho de parto. O cenário mais comum é a sala do pré-parto e a análise da cena é subdividida em 3 partes temáticas: o acesso ao corpo da mulher (posicionamento); a inspeção do corpo (exame obstétrico e controle do batimento cardíaco do feto); e, intervenção sobre o corpo (o uso de ocitocina e a realização de amniotomias).

Cena 4: Clímax da fase de despersonalização, dessexualização e medicalização - os procedimentos do parto. Os procedimentos do parto, entre os quais, uso de catéters, a manobra de Kristeller, e a episiotomia, têm o mesmo propósito que aqueles utilizados no trabalho de parto, “intervir no processo fisiológico no sentido de apressá-lo e manipulá-lo, segundo diretrizes institucionais e não de acordo com os ritmos da paciente. (...) A definição médica prevalece e a rapidez, eficiência, e o comportamento asséptico ainda determinam a interação entre a equipe e a paciente. (...) A dor desempenha um papel importante na cena climática. Nos hospitais observados, quase nunca se administravam remédios contra dor (seja anestésicos locais, da espinha dorsal, gerais ou quaisquer outros). (...) A dor é temida e deve ser mantida à distância, para dar sustentação a definição médica da situação. A equipe dá bronca na mulher por expressá-la, nega sua existência ou busca controlar a explicitação da dor por meio da conversa pequena e do humor” (p.8).

Nos hospitais visitados, as manifestações de alegria e emoção com a chegada do recém-nascido e formas de celebrar esse evento eram desencorajadas pela equipe.

Para a autora, o que mais chama a atenção na sala de parto é a atmosfera de *‘business as usual’* como a de qualquer ambiente comum de

trabalho, “que forma um contraste chocante com relação ao significado do evento, mas está em perfeita harmonia com a ética da produção industrial. A observação confirma os nomes - tais como fábrica de bebês e linha de produção - freqüentemente atribuídos às alas obstétricas de grandes hospitais” (p.9)

Epílogo: fase de purificação e ressexualização (procedimentos do pós-parto e alta hospitalar). Adota-se um procedimento de rotina para acelerar a expulsão da placenta chamado “apertando o útero” e o aparato reprodutivo da mulher é limpado. Esses procedimentos são descritos como gestos simbólicos e rituais de controle e purificação, segundo a definição de Mary DOUGLAS (1966). A sutura é analisada como um rito que inicia o processo de ressexualização. O último ritual de transição é o da alta hospitalar, que é dividido em duas fases. A primeira se refere ao corpo da mulher e consiste em um exame obstétrico em que o médico decide se a mulher pode ser liberada. A segunda fase é oficiada pelo pediatra que libera a criança e a entrega à mãe. “Esse ritual devolve a mulher à sociedade. Ela é transformada em mãe e reconhecida oficialmente enquanto tal pela sociedade, que entrega seu bebê aos seus cuidados” (p.10).

Jordan é outra referência importante citada nesse trabalho. Pizzini não a menciona nesse artigo, mas ela é muito importante na discussão metodológica da pesquisa na qual se baseia esse artigo e que faz em *Mettere al Mondo* (COLOMBO & PIZZINI & REGALIA:1984), no capítulo 3, “métodi e luoghi della ricerca”, onde discute o que é observação, observação participante, e “participação antropológica” segundo Brigitte Jordan.

Claramente, a concepção de ritos de passagem de Van Gennep - de separação, de transição e de reintegração é fonte de inspiração desse texto também, e ela o cita .

Victor Turner não é referido pela autora, no entanto, sua concepção de drama social (TURNER:1956;1974) é muito afinada com o modo como ela vai trabalhar sua concepção do drama do parto.

PIZZINI (1989) também não se refere ao livro de Emily MARTIN ([1987]1992), intitulado, The Woman in the Body, embora mencione o fato de o parto estar em harmonia com “a ética da produção industrial” e afirme que freqüentemente se fala que as maternidades de grandes hospitais

parecem linhas de montagens ou fábricas de bebês. Emily Martin não fala da ética da produção industrial, porém trata dessas duas últimas metáforas ou imagens.

Pizzini trabalha estritamente com o contexto hospitalar, concentrando-se na interação entre a paciente e a equipe de profissionais de saúde - incluindo-se parteiras que aqui, aliás, não parece diferenciarem-se dos outros profissionais de saúde na relação que estabelecem com as mulheres - dentro dos pressupostos teórico-metodológicos do interacionismo simbólico. Menciona a forte influencia de Goffman. Descreve a maternidade como uma micro-realidade social que vai se desdobrando frente à paciente e busca desvendar os mecanismos e processos através dos quais os diversos atores envolvidos no parto hospitalar vão dando sustentação e reforçando a definição do parto em termos médicos. Descreve, assim, como a medicalização, entendida como dado cultural do parto hospitalar, se reitera, reproduz ou reafirma por intermédio das interações específicas que se desenrolam entre os atores em cada cena do parto retratada, que se consubstanciam como uma série de rituais interconectados. A ênfase de sua análise recai sobre os mecanismos de poder que se explicitam e legitimam na interação médico-paciente aqui expandida para a interação equipe de profissionais de saúde - paciente e acompanhante, dando particular atenção ao modo como a equipe exerce controle sobre o corpo da mulher parturiente e como ou em que medida essa última legitima esse controle.

É interessante, nesse sentido, contrapor sua análise àquela realizada por KLEINMAN (1980) que também se concentra na relação médico-paciente. Kleinman discute as tensões e problemas na relação médico-paciente como problemas basicamente de comunicação. Ele não desenvolve, como afirma PAPPAS (1990), as implicações da assimetria implícita nessa relação social e, portanto, sua base estrutural, permanecendo o poder como algo externo a essa relação.

Pizzini, por outro lado, desenvolve sua análise da interação entre a equipe e a mãe que vai dar à luz, primordialmente, enquanto relação de poder que se expressa através do controle que a equipe exerce sobre o

corpo dela. Segundo PAPPAS, o controle exercido pelo médico sobre o corpo do paciente, “é talvez a manifestação mais profunda de poder na interação médico-paciente” (1990:202). PIZZINI (1989) procura explicitar alguns dos mecanismos através dos quais a estrutura de dominação que configura esta relação médico-paciente, baseada na confiança, autoridade e controle médico, são legitimados e reiterados ao longo do processo de parto, por ela apresentado como drama social. Pode-se dizer que a autora, ao privilegiar a relação médico-paciente como foco da análise, esclarece pouco a relação entre as especificidades do parto hospitalar, tal como praticado na Itália - praticado, como ela menciona por exemplo, sem qualquer anestesia - e contexto social, histórico e político do desenvolvimento da medicina na Itália ou das relações entre os gêneros naquele país. Por outro lado, em seu livro (COLOMBO & PIZZINI & REGALIA:1984), PIZZINI discute o surgimento do parto hospitalar como fruto de um processo histórico mais amplo de medicalização (do parto, da morte e da loucura) em toda a sociedade ocidental no período de industrialização. Ela também afirma que a “medicalização é um dado cultural que define o parto hospitalar” e que o parto “é particularmente revelador do lugar que a mulher ocupa em determinada sociedade, de sua relação com o homem e do grau de dificuldade que sua condição representa” (COLOMBO & PIZZINI & REGALIA: 1984:11).

Parece-nos particularmente interessante as afirmações que Pizzini faz em relação ao modo como a equipe médica lida com a dor, as emoções e a sexualidade (da paciente). No que diz respeito às emoções e à sexualidade, afirma que, na definição médica do processo de parto, ambas são vistas como intromissões ou interferências na rotina de trabalho que devem ser afastadas:

“A definição (médica) permite à equipe fazer de uma situação excepcional, tal como o nascimento de uma criança, uma questão de rotina, durante a qual as emoções continuamente se intrometem no trabalho sendo realizado. Definir a situação em termos médicos se torna um mecanismo de defesa automático para a equipe contra as emoções (particularmente a ansiedade) face à um processo de vida-e-morte.

A segunda característica, a dessexualização, resulta da primeira: ao definir o processo inteiramente em termos médicos, outras conotações potencialmente intromissivas (incluindo as emocionais e particularmente as sexuais) são excluídas” (PIZZINI:1989:1).

Como vimos, acima, a autora salienta o fato de que a própria celebração do nascimento é desencorajada, prevalecendo o ambiente de rotina de trabalho, por ela denominada “business as usual”, mesmo quando o companheiro da mulher está presente. Esse ambiente,

“forma um contraste chocante com relação ao significado do evento, mas está em perfeita harmonia com a ética da produção industrial. A observação confirma os nomes - tais como fábrica de bebês e linha de produção - freqüentemente atribuídos às alas obstétricas de grandes hospitais” (PIZZINI:1989:9)

Percebe-se, portanto, que aspectos muito significativos da experiência do parto para a mulher são afastados da cena por rituais e outras sinalizações. Porém, segundo Pizzini, esses aspectos insistem em se intrometer ou irromper no palco inadvertidamente.

Em relação à sexualidade e a dessexualização a própria autora vai explorar esse tema em maior profundidade, em artigo escrito posteriormente, mostrando como referências à sexualidade aparecem como tema de humor durante o parto e discute os significados e usos desse humor no contexto obstétrico.

A dor é mais um aspecto significativo da experiência de parto de muitas mulheres, cuja explicitação é desencorajada, sendo vista como uma intromissão ou interferência, não só na Itália, como em hospitais paulistas, também. Como no quadro relatado por Pizzini, diversas estratégias interacionais são utilizadas aqui para procurar abafar ou suprimir sua expressão, que incluem ‘dar bronca’ na mulher, negar sua existência ou fazer comentários que já se tornaram rotineiros, do tipo, “Não tava bom quando você fez? Agora agüenta....”

Segundo PIZZINI

“A dor é temida e deve ser mantida a distância, para dar sustentação à definição médica da situação” (1989:8)

No entanto, aqui, nos hospitais conveniados ao SUS - Sistema Único de Saúde, como na Itália, não se administrava até há pouco qualquer tipo de anestesia para mulheres durante partos vaginais. O SUS apenas remunerava os hospitais pela administração de anestesia, quando se tratava de cesáreas. Além disso, Pizzini salienta que a dor é efetivamente *provocada* pela equipe através de certos procedimentos rotineiros de intervenção, vistos atualmente pela OMS como tecnicamente desnecessários na maioria dos casos, quando não injustificáveis. Um exemplo mencionado é a manobra de Kristeller, que consiste em aplicar força na região do útero no período expulsivo e que é reconhecido como um procedimento doloroso e injustificável. Outro exemplo é a episiotomia que é realizada de rotina, embora não seja necessária na maioria dos casos.

Cabe perguntar: - qual o significado destes procedimentos de intervenção reconhecidamente dolorosos? Será que a definição médica do parto perde sua sustentação na presença de dor? Ou será que a dor se constituiria em parte da própria definição médica do parto nesse “modelo” italiano e brasileiro? Se, como sugere Foucault, no processo de medicalização os corpos têm se transformado em “instrumentos dóceis de e para o exercício de poder” (FERRREIRA: 1993:28), será que infligir dor não é um modo de exercitar o poder sobre o corpo das mulheres? Ou será que não se deveria considerar a hipótese que, como no caso de tortura, analisada por Elaine SCARRY (1985), a dor aumenta a ilusão de poder daquele que a inflige? Afinal, é a dor em si que se quer afastar da cena ou apenas algumas formas de sua expressão? Será que o que incomoda mais é o fato de que as dores do parto, em si, não aquelas decorrentes das intervenções médicas, não estão sob seu controle? Pois, se a dor em si fosse motivo de temor e se houvesse um desejo de afastá-la da cena, por que não se administrariam anestésicos ou, na ausência destes, por que a mulher não é acolhida de modo a ajudá-la a superar a dor?

Pelo contrário, a mulher era, até recentemente, obrigada a enfrentar a dor sem anestésicos e sem acompanhantes, sem qualquer forma de acolhimento.



Voltemos, agora, à análise de MARTIN (1992) e DAVIS-FLOYD (1992, 1994), pois ambas as autoras discutem uma questão bastante pertinente ao nosso estudo, qual seja, a contraposição entre perspectivas dualistas e holísticas em relação ao parto.

Tanto Martin, como Davis-Floyd, contrapõem uma definição ou modelo biomédico do parto, vinculado à concepção dualista da biomedicina e que estaria fundamentada numa perspectiva masculina, a uma concepção holística, que estaria fundamentada numa perspectiva de gênero feminina. Davis-Floyd também defende a idéia de que a obstetriz, devido à sua formação e prática profissional, insere-se no modelo holístico do parto. Vejamos abaixo a contraposição entre o modelo holístico e dualista em DAVIS-FLOYD (1994).

"Comparação entre o modelo tecnocrático e holístico do parto e nascimento. Essa tabela apresenta os princípios básicos do modelo hegemônico e do modelo alternativo holístico tal como emergiram nas palavras e comportamentos das mulheres que participaram desse estudo." (DAVIS-FLOYD:1994:1136)

O modelo tecnocrático do parto e nascimento	O modelo holístico do parto e nascimento
O corpo é imperfeito e separado do ser.	Ser e corpo são Um
O corpo é mecânico - um veículo, um instrumento para o ser.	O corpo é um organismo, intimamente interconectado com a mente e com o meio ambiente
A vida é controlável.	A vida não é controlável.
O ser deve controlar o corpo.	O corpo não pode ser controlado.
A gravidez significa ficar fora de controle e isso é desagradável.	Não se pode controlar a gravidez e ela é agradável.
O corpo grávido é um receptáculo para o feto, que é um ser separado	Mão e bebê são essencialmente Um - isto é, formam parte de um sistema integrado que só pode ser prejudicado se for dissecado em partes individuais
O crescimento fetal é um processo mecânico no qual a mãe não está ativamente envolvida	A mãe ajuda seu filho a crescer ativamente
Os desejos da mãe e as necessidades do bebê podem e de fato, freqüentemente entram em conflito durante o trabalho de parto e parto	A segurança do bebê e as necessidades emocionais da mãe são os mesmos. O nascimento e parto mais seguro para o bebê será aquele que assegura o ambiente mais aconchegante para a mãe.
O parto e nascimento são processos mecânicos.	O parto e nascimento são um trabalho árduo que a mulher realiza.
A tecnologia é melhor do que a natureza que não é confiável.	A natureza é melhor e pode-se confiar nela. A tecnologia deve prestar apoio mas não deve interferir.
A mente é mais importante que o corpo.	Mente e corpo são Um - organicamente interconectados.

O modelo tecnocrático do parto e Nascimentos	O modelo holístico do parto e nascimento
Na vida, participação ativa e controle são coisas boas.	A participação mais ativa pode envolver se desfazer do controle.
Enquanto a mente da mulher esta ciente, ela está participando ativamente do nascimento.	Uma mulher da a luz com todo seu ser
A dor é ruim. Não ter que sentir dor no parto é um direito intrínseco à mulher moderna.	A dor é parte integral da experiência do trabalho de parto. Eliminar essa parte interfere com o todo sistêmico.
O saber médico é um saber autorizado.	A intuição e o conhecimento interior são saberes autorizados.
Para ser forte e poderosa, é necessário estar em controle.	A força e o poder vem do ato de se desfazer do controle.

A contraposição realizada acima, entre o modelo holístico e o modelo tecnocrático de parto, é bastante pertinente, pois a proposta de trabalho da Associação Comunitária Monte Azul, que é discutida na seção 5, na qual se insere o serviço de atenção ao parto, objeto de nossa investigação, fundamenta-se numa visão de mundo ou filosofia holística, a Antroposofia.

DAVIS-FLOYD (1992, 1994) argumenta que esses dois modelos são essencialmente os únicos disponíveis às mulheres americanas e que são mutuamente excludentes. Afirma que a reação de uma mulher ao nascimento tecnocrático vai depender da relação existente entre a sua concepção do parto e nascimento e aquela disseminada pelo modelo tecnocrático. Entretanto, seu estudo mostra, como aponta Cecilia VAN HOLLEN (1994), que há, na verdade, uma grande variedade de definições e experiências de parturição dentro de uma mesma cultura, mesmo que o modelo tecnocrático seja dominante. Essa parece ser a situação existente

no Brasil também , onde 10% dos partos são realizados fora do hospital e a maioria desses, com parteiras tradicionais.

Embora essa contraposição entre dois modelos mutuamente excludentes possa ser um recurso analítico interessante, chama atenção o fato de que, efetivamente, há variações importantes, tanto no modo como o "modelo tecnocrático" se realiza em distintos contextos sociais, como nas concepções holísticas de saúde, como voltaremos a discutir na seção 5, as quais, certamente, também se explicitam nas concepções holísticas do parto.

Nos Estados Unidos, como mostra STARR(1982), diversas concepções terapêuticas contraculturais, que podem ser reunidas sob a rubrica de propostas 'holísticas,' aliaram-se nos anos '70 e '80 ao movimento feminista na defesa do 'parto natural'; do nascimento domiciliar; e da proposta de centros de nascimentos.

As propostas holistas tinham, em comum, diversas críticas ao modelo dualista de parto e se apresentavam como uma alternativa humanística àquele. Essas análises antropológicas, aliás, também são fruto desse processo.

Posteriormente, e respaldadas em evidências científicas que demonstravam os riscos associados à excessiva tecnologização e cirurgificação do parto, agências internacionais de desenvolvimento e saúde passaram a apoiar algumas das propostas defendidas por esse conjunto de atores sociais.

A pertinência desse processo, para nós no Brasil, evidencia-se quando identificamos a composição de um movimento como a REHUNA - Rede pela Humanização do Nascimento - pois nele encontramos reunidos alguns dos mesmos atores sociais: grupos e ONGs feministas; profissionais que praticam formas de medicina alternativa; profissionais vinculados a terapêuticas corporais contra-culturais; etc.

Ao mesmo tempo, evidencia-se que, embora haja uma confluência desses grupos em torno de uma proposta de humanização do nascimento, há distinções significativas em suas propostas e interpretações em relação à

como 'humanizar' e o que significa 'humanizar' o nascimento, como mostra a análise empreendida por DINIZ (2001).

Uma crítica pertinente a essas e outras abordagens antropológicas em relação ao parto, particularmente no que concerne à figura da parteira, é apresentada por JEFFERY & JEFFERY (1993). Eles partem de uma discussão realizada por McClain sobre os usos políticos do conhecimento antropológico produzido em relação à parteira, ao parto e nascimento.

Segundo essa autora, essa produção pode ser classificada em dois grupos. De um lado, há aqueles que fazem uma avaliação negativa das práticas indígenas de parto e nascimento, utilizando-as como indicadores do baixo *status* das mulheres naquelas sociedades. Essa seria a perspectiva biomédica, que se propõe a 'modernizar o tradicional'.

De outro lado, há a perspectiva 'sócio-cultural' que realiza uma avaliação positiva da parteira. Essa perspectiva:

"busca evidência social e psicológica de ambientes de apoio ou técnicas benéficas (massagens, posições de parto, etc.) que estão ausentes das rotinas padronizadas do ocidente. (...) Reivindicam a inserção de técnicas tradicionais na obstetrícia tecnocrática mas, com frequência, tem por base um empréstimo romantizado do passado de culturas 'exóticas'." (JEFFERY & JEFFERY: 1993:7)

Segundo esses autores, há duas características comuns a essas perspectivas:

- ❑ A tendência a homogeneizar a figura da parteira, ignorando ou não dando a devida importância às variações culturais e do contexto histórico
- ❑ A propensão a desvincular a gestação, parto e pós-parto de seu contexto social

As características apontadas acima são bastante pertinentes à presente investigação, à medida que apontam para a ambigüidade da noção de parteira e a tendência a se manipular simbolicamente essa categoria, na defesa de um ou outro tipo de atenção à maternidade.

De fato, ao acompanharmos as discussões acerca das mudanças propostas no sistema de atenção ao parto e os papéis a serem

desempenhados por distintos profissionais envolvidos, nota-se a frequência com que a figura da parteira se presta a distintas interpretações e manipulações políticas e simbólicas.

Jeffery & Jeffery defendem uma terceira posição:

"(..) uma que examina o parto e nascimento e as práticas de parteiras e/ou obstetizes dentro de determinados contextos sociais e econômicos específicos, especialmente ao localizar as mulheres no processo de produção e reprodução." (op.cit.:8)

Segundo esses autores, o modo como a profissão ou o papel de obstetriz ou parteira é praticada é também:

"afetado pelos constrangimentos específicos na organização da parturição e pelos papéis adotados por aqueles aos quais se permite assistir ao nascimento. Esses eventos ocorrem num contexto mais amplo da compreensão simbólica dominante sobre o processo de parturição e dos outros papéis sociais de produção desempenhados pelas mulheres, suas relações de parentesco, e seu acesso à propriedade." (op.cit.: 9).

Esses autores, assim como Cecilia Van Hollen, criticam a tendência a idealizar o papel de obstetriz, pois mostram que as crenças e práticas relacionadas à parturição em outras culturas, onde o parto é realizado por parteiras, podem reiterar relações sociais desiguais, ao invés de promoverem relações sociais mais 'humanísticas', mais 'igualitárias' ou mais fundamentadas numa perspectiva de gênero da mulher.

Van Hollen discute essa simplificação presente na análise de Davis-Floyd, para a qual chama atenção, no sentido de nela não se incorrer em pesquisas dessa natureza:

"(...) um estudo sociologicamente mais complexo (o estudo de Davis-Floyd tem por base uma investigação junto às mulheres de camadas médias apenas) poderia questionar as generalizações de Davis-Floyd sobre categorias de gênero, tais como sua sugestão que o modelo tecnocrático percebe os corpos 'das mulheres' como inferior enquanto o modelo holístico celebra os corpos 'das mulheres', e sua sugestão que o modelo tecnocrático é baseado em uma 'perspectiva masculina' enquanto o modelo holístico é baseado em uma 'perspectiva feminina'" VAN HOLLEN: 1994:506)

## ***4.2 Contribuições da literatura para o estudo da experiência de parturição no Brasil***

Nesta seção abordamos as concepções acerca do parto no Brasil e como são retratadas na literatura, buscando discutir os valores existentes, as 'opções' disponíveis e os constrangimentos sociais que as mulheres sofrem na formulação de suas opções e na resignificação de suas experiências reprodutivas.

### ***4.2.1 De cesareas enquanto 'preferência' ou da 'cultura da cesárea'***

Estudos recentes, realizados no meio urbano brasileiro, têm se voltado para a análise da cultura do nascimento e parto, buscando compreender como a cesareana vem se impondo enquanto concepção e prática (CARRANZA: 1994; MELLO e SOUZA:1994).

Mello e Souza visa contribuir, com seu estudo, para a compreensão do processo, em que, contrariando todas as evidências epidemiológicas concernentes aos riscos à saúde da mãe e do bebê decorrentes do parto cirúrgico, este passou a ser considerado, tanto por médicos, como por suas pacientes, como um tipo de parto seguro, indolor, moderno e ideal para qualquer grávida.

Trata-se de uma análise do pensamento e das práticas prevalentes entre médicos e pacientes com relação a esse tema, tendo por base um estudo qualitativo, realizado no Rio de Janeiro, entre 1990 e 1992. A pesquisa de campo etnográfica envolveu entrevistas em profundidade - com 20 obstetras e pediatras e 20 mulheres de 22 a 32 anos, de diferentes estratos sócio-econômicos, que tinham dado à luz recentemente em instituições públicas ou privadas – as quais foram complementadas com dados obtidos através da observação participante.

A autora busca elucidar como valores culturais referentes à dor do parto vaginal, à imagem corporal feminina e ao fascínio pela tecnologia

foram manipulados pela biomedicina para acomodar essa prática dentro da orientação ética geral da medicina ocidental em relação à beneficência. Assim, o medo da dor passa a ser rotulado de falta de preparo psicológico para o trabalho de parto, transformando-se em justificativa médica para a cesárea<sup>38</sup>.

O dano, que seria causado rotineiramente ao períneo pelo parto vaginal, interferindo com qualidades estéticas do corpo e com o potencial sexual feminino - valores centrais à imagem corporal e à identidade feminina entre as mulheres brasileiras de estrato social superior - passa a justificar a cesárea como 'medicina preventiva', embora não haja qualquer fundamentação empírica para essa associação entre parto vaginal e dano rotineiro ao períneo.

Da mesma forma, o princípio do direito da mulher ao poder e controle sobre o próprio corpo - bandeira do feminismo e da luta pela libertação sexual dos anos '60 - é apropriado por médicos para justificar sua prática de cesáreas desnecessárias, que passam a ser denominadas *cesárea-a-pedido* ou *cesárea eletiva*.

Esse trabalho contribui para a discussão acerca da construção social da concepção patológica do parto no Brasil<sup>39</sup>, mostrando como os fantasmas da dor e dos danos corpóreos, supostamente causados pelo parto vaginal, ganham força e legitimidade através de sua medicalização. É, então, que se transfere à mulher a responsabilidade e o direito de escolher entre 'o corte em cima' e o 'corte em baixo'. Porém, trata-se de uma escolha mal informada, tanto em relação às características e conseqüências do parto vaginal, como em relação aos riscos à saúde da mulher e da criança que decorrem da cesárea. Ademais, como mostra a autora, por trás desses motivos, assim legitimados, escondem-se outras motivações médicas mais

---

<sup>38</sup> "É questionável se esse tipo de parto [vaginal] será possível em uma paciente que insiste em ter uma cesareana, que irá obter uma através da distócia. Por esse motivo, não se deve enfatizar os riscos cirúrgicos para essa paciente ao tentar persuadí-la a fazer um parto vaginal, pois isso pode levá-la ao pânico extremo, caso venha a ocorrer a indicação médica de cirurgia." Rezende (1976) apud MELLO e SOUZA (1994: 362).

<sup>39</sup> A esse respeito, ver, também, DINIZ (1997).



insidiosas para tantas operações cesáreas: a defesa de seus próprios interesses econômicos e conveniências.

A autora conclui que a análise da epidemia de cesáreas no Brasil evidencia como noções de ética médica, tais como beneficência e direitos do paciente, inclusive o consentimento informado, podem ser distorcidas e manipuladas para servirem a interesses pessoais, quando baseados exclusivamente no sistema de valores de uma sociedade.

Pode-se dizer que o trabalho, acima mencionado, confirma a hipótese de FAÚNDES & CECATTI (1991), segundo a qual, um dos fatores que estaria influenciando a alta incidência de cesáreas seria uma preferência por esse tipo de parto entre mulheres brasileiras. A autora buscou explicitar o processo, através do qual o parto cirúrgico se tornou o tipo de parto ideal.

No entanto, o estudo qualitativo, realizado por CARRANZA (1994), vem contrapor-se aos resultados de Cecilia Mello e Souza, quanto à prevalência da opção pela cesareana no universo feminino, por ela pesquisado.

Carranza baseou sua pesquisa em pacientes de uma amostra aleatória de 5% dos ginecologistas e obstetras registrados no Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, entrevistando quatro pacientes de cada um destes médicos.

Ela discute as representações de mulheres de classe média em idade reprodutiva (contemplando-se nuligestas, primigestas, multigestas e puérperas) acerca de suas preferências e experiências em relação aos tipos de parto (vaginal e cesárea).

Por se tratar de uma amostra, composta exclusivamente por mulheres de classe média, cuja assistência ginecológica e/ou obstétrica era realizada mediante convênios ou particularmente, imaginava-se que, a princípio, elas teriam maior possibilidade de escolha quanto ao médico prestador desse serviço e quanto ao tipo de parto. Aliás, as mulheres entrevistadas afirmaram a crença em que essas opções lhes cabiam, pois pagavam pelo serviço. Ao mesmo tempo, a expectativa era a de que se encontraria uma preferência, entre essas mulheres, pela cesareana.

Com efeito, o fato de os índices de cesáreas no Brasil serem mais altos entre mulheres de maior renda e de se terem encontrado taxas mais elevadas nos hospitais particulares, quando comparados aos públicos, levou FAÚNDES & CECATTI (1991) a caracterizarem a "cesárea-a-pedido" como um modismo. Porém, surpreendentemente, a maioria das mulheres da amostra de Carranza (34 das 41 mulheres ou 82,9%) apresentou sua preferência pelo parto vaginal.

Por outro lado, entre as 21 mulheres que haviam tido o parto, antes da entrevista (tanto multíparas, como primíparas), 19, ou seja, 90,5%, tinham se submetido a cesáreas, a despeito de suas preferências. Entre essas entrevistadas, 16 (76,2%) tinham preferência pelo parto vaginal. A descrição da experiência de parto dessas mulheres leva a autora à conclusão que a decisão sobre o tipo de parto é iminentemente médica, tendo por base, freqüentemente, diagnósticos de caráter duvidoso.

Carranza procura, então, analisar o discurso dessas mulheres para explicitar os fatores culturais que poderiam ter contribuído para a aceitação ou conformismo identificado, em relação aos procedimentos e decisões médicas.

A adesão ao modelo "hegemônico" de atendimento médico ao parto é vista como o motivo principal que teria levado as mulheres a aceitarem, de forma 'unânime e sem sinais de resistência,' as justificativas médicas quanto à necessidade de se realizar uma cesárea:

"Sem dúvida, o motivo principal que leva a aceitar, sem resistência, a indicação médica da cesárea, é o caráter hegemônico da ideologia médica já citada." (CARRANZA: 1994:127)

Baseando-se em DAVIS-FLOYD (1992), Carranza descreve esse 'modelo tecnocrático' no qual o parto é visto como um acontecimento estritamente fisiológico e, por isso mesmo, imprevisível e potencialmente patológico, justificando-se o papel do médico de intervir quando julgasse necessário.

Segundo essa concepção de origem médica, disseminada na obstetrícia brasileira por Fernando Magalhães e atualizada por Rezende

(DINIZ:1996)<sup>40</sup>, a cesárea seria considerada apenas mais uma das diversas intervenções possíveis que

"devam ser analisadas no marco dos esforços realizados (por médicos, neste caso) para controlar um processo - o parto - no qual a irrupção da natureza apresenta-se em sua forma mais evidente, ameaçando uma ordem social construída na base da supremacia da técnica sobre a natureza". (CARRANZA: 1994: 123-4)

A valorização da tecnologia nesse modelo é apontada, inclusive, como um dos possíveis fatores explicativos da epidemia de cesáreas no Brasil, à medida que esta é vista como consequência do impacto de um processo de modernização e urbanização particularmente abrupto:

"O abrupto salto para a tecnologia que teve lugar nas últimas décadas seria um dos fatores capazes de explicar essa confiança ilimitada na cirurgia, presente nos médicos e em suas pacientes" (CARRANZA: 1994:124)

Em decorrência desse processo, a própria familiaridade com a cesárea, no universo pesquisado, o fato de ser um evento freqüente, visto como 'natural' ou 'normal' por essas mulheres, também é interpretado como um dos motivos pelos quais aquelas que tiveram preferência pelo parto vaginal não opuseram resistência à realização da cesárea:

"A alternativa oferecida pelo médico apresenta-se, para a maioria das mulheres, como não sendo muito pior que a alternativa que elas teriam escolhido." (CARRANZA: 1994:130)

Cabe salientar que a construção social do 'modelo tecnocrático', tal como descrito por DAVIS-FLOYD (1992;1994), assim como a concepção 'patológica do parto' de MARTIN(1992), que inspiraram a análise de DINIZ

---

<sup>40</sup> Veja também, a esse respeito, a resenha de Daphne Rattner sobre o capítulo dedicado à cesareana na edição de 1995, de Obstetrícia, no No 5 do Notas Sobre o Nascimento e Parto, boletim do Grupo de Estudos Nascimento e Parto, de março de 1995. Segundo Rattner, "embora reconheça a alta morbidade decorrente de sua adoção generalizada, mormente a infecção puerperal, encerra endossando as palavras de Magalhães 'A operação cesareana deve ser compreendida como recurso fácil, inócuo, de indicação ampla e não uma obrigação, uma fórmula imperiosa, um ato natural' (...) Essa constatação nos sugere a reflexão: até que ponto essa postura favorável à cirurgia terá influenciado as gerações de obstetras que, desde a primeira edição, tem-no adotado como livro de referência?" (RATTNER:1998)

(1996) e de CARRANZA (1994) sobre a 'cirurgificação' da parturição no Brasil, descrevem como a cesárea passa a ser idealizada. Porém, para as autoras mencionadas acima, embora a cesareana represente uma das formas 'aperfeiçoadas' de controle do processo reprodutivo pela medicina, esse controle, que passa a ser almejado, inclusive, por uma parcela da população feminina, não se explicita apenas através da cesareana; da mesma forma, a definição do parto como intervenção cirúrgica não se limita a essa técnica de intervenção, contemplando, também, o parto vaginal com episiotomia de rotina, associada ao uso do fórceps. É, a esse modelo mais abrangente, cuja disseminação se deu com o processo de hospitalização do parto e no qual o hospital figura como local ideal para sua realização, Carranza se refere quando fala do "modelo hegemônico de atendimento médico ao parto" e Diniz descreve como o 'modelo de fisiologia patológica.'

Todas as mulheres entrevistadas por Carranza aderem a esse modelo, como vimos acima, no entanto ela não considera ser este o tipo ideal de uma "cultura de nascimento brasileira", localizando essa preferência em parte em características de sua amostra, constituída, em sua maioria, por uma classe média ascendente, que tende a valorizar a modernidade e o progresso tecnológico com o qual identificam o parto hospitalar, e a associar o parto domiciliar com o atraso e uma falta de recursos, mesmo quando este tipo de parto faz parte da história reprodutiva de suas mães.

A antecipação do conceito de maternidade propiciada por técnicas modernas, associadas à medicalização e tecnificação do processo reprodutivo, tais como a ecografia, também teria levado à sua dissociação da ação de parir, contribuindo assim, segundo Carranza, para esvaziar o parto vaginal de seus significados transcendentais. Neste contexto, torna-se mais aceitável o medo da dor e o desejo de evitá-la. No caso das mulheres que manifestaram preferência pelo parto vaginal, o fato de terem evitado a dor do parto se apresenta, em alguns casos, como uma 'recompensa'.

Outros fatores aos quais Carranza atribui o 'conformismo' das mulheres, cuja preferência manifesta era o parto vaginal, mas que, diante das justificativas médicas, optaram pela realização das cesáreas, seriam a

ignorância em relação ao próprio corpo e a confiança que adquirem no médico, segundo ela, alcançando proporções particularmente grandes no Brasil.

Quanto à relação médico-paciente, a autora acrescenta que esta parece ser percebida como sendo profundamente desigual e que, associada à confiança absoluta no médico, "converge para inibir qualquer tentativa de questionamento por parte da paciente" (CARRANZA:1994:111).

Embora seja bastante esclarecedora a análise que a autora faz em relação aos motivos que teriam levado as mulheres a aceitarem a decisão médica, o que nos chama a atenção, sobretudo, é a dificuldade que teriam de se contraporem à decisão, dadas as condições em que lhes é comunicada e os motivos alegados. Assim, das 16 mulheres que se submeteram à cesárea ao final da primeira gestação, embora tivessem optado pelo parto vaginal, a 15 foram apresentadas justificativas baseadas em argumentos e/ou um 'diagnóstico' de riscos à saúde do bebê e/ou da mãe. Além disso, 10 foram avisadas dessa decisão no momento do parto, enquanto apenas 5 foram comunicadas dessa decisão com antecedência superior a 15 dias. Como comenta a própria autora, seria inviável se opor a uma cesárea quando esta é apresentada pelo médico como emergência.

Neste sentido, a pesquisa parece indicar que, mesmo entre as camadas médias, junto às quais a legitimidade da medicina e, conseqüentemente a confiança no médico, parece ser maior do que entre as camadas populares (MONTERO:1985; STARR:1982), isso não constitui o único sustentáculo da autoridade médica, ao menos na obstetrícia.

Ao contrário, o que essa pesquisa mostra é que profissionais de saúde em questão reduziram a maioria de suas pacientes a uma situação de dependência para impor sua autoridade.

Em outras palavras, a autoridade médica não se sustentou apenas na crença em sua legitimidade, sendo assegurada, na maioria dos casos, através da configuração de uma situação de dependência no médico - a fabricação de uma 'emergência'. A própria freqüência com que se recorreu a essa estratégia para justificar uma cesárea nos leva a perguntar se, de fato,

a autora tem razão quando afirma que os sujeitos de sua pesquisa e, por extensão, as mulheres de camadas médias têm uma confiança absoluta nos médicos.

A análise que realiza sobre o conformismo que identifica nas atitudes das mulheres refere-se, primordialmente, às 5 mulheres que foram comunicadas dessa decisão com alguma antecedência. O fato de que nenhuma procurou saber a opinião de outro obstetra é um dos fortes indícios da confiança absoluta no médico. Outro indício apresentado para confirmar essa hipótese, é o fato de nenhuma das mulheres que tiveram outros filhos, ou que estavam grávidas novamente por ocasião da entrevista, referem ter mudado de médico por causa da experiência que tiveram no primeiro parto. Por outro lado, embora três mulheres, portanto, metade daquelas acima referidas, tenham manifestado sua insatisfação, suas atitudes não são qualificadas como uma forma de resistência. Duas mulheres manifestaram "intensa reação emotiva ante o comunicado do médico. Em ambos os casos, foi uma crise de choro" (CARRANZA:1994:81); e a terceira coloca em dúvida a justificativa do médico, procurando discutí-la com sua irmã, sua mãe e seu médico homeopata, mas é instada pelos três a confiar em seu obstetra. Nos três casos, o fato de terem se submetido à cesárea, sem procurar a opinião de outro obstetra, leva a autora a qualificar suas atitudes como expressões de um conformismo que tem, por base, a confiança absoluta no médico.

Essa conclusão indica, ao que nos parece, que os parâmetros de resistência e de conformismo adotados, talvez, sejam um pouco rígidos ou estreitos. Emily MARTIN (1992), autora citada por Carranza, discute a questão da resistência ao controle médico no processo reprodutivo, tendo desenvolvido uma classificação de várias manifestações que certamente incluiria esses casos, assim como vários outros que depreendemos através dos depoimentos das mulheres que nos são apresentados. Aliás, Carranza sequer discute o sistema de classificação desenvolvido por Martin.

Se adotássemos a classificação de Martin, as mulheres mencionadas por Carranza, que expressaram sua insatisfação com a decisão médica, teriam manifestado a forma mais amena de resistência na classificação de

Martin, a 'lamentação', que consistiria em manter "o foco no penar, na dor ou na tristeza, com ou sem uma percepção dos fatores estruturais que estão fora do controle do indivíduo" (MARTIN: 1992:184). Além disso, a terceira, que procura outras opiniões acerca do diagnóstico que lhe é apresentado, certamente demonstrou uma *desconfiança* em relação ao médico. Não estamos questionando a conclusão da autora de que a confiança nos médicos e a ignorância em relação ao próprio corpo sejam maiores entre as camadas médias brasileiras que em outros países. Apenas sugerimos que, talvez, o primeiro fator esteja superdimensionado pela autora em sua reflexão acerca da epidemia de cesáreas no Brasil. Parece-nos que a relação entre esses dois fatores na adesão das mulheres à concepção patológica do parto requer uma análise mais aprofundada.

Nesse sentido, um dos temas que merece maior atenção é o papel desempenhado pela mídia e por obstetras de maior prestígio na veiculação e disseminação de informações errôneas, seja em relação à cesárea, enquanto um procedimento inócuo, seja em relação ao parto, de modo geral.

Como já salientaram FAÚNDES & CECATTI (1991), a mídia terá um papel importante a desempenhar na reversão das taxas de cesáreas. Esses autores também apontaram para a necessidade de se realizarem mudanças fundamentais na organização da assistência obstétrica, particularmente quanto à formação e treinamento de profissionais responsáveis por ela<sup>41</sup>.

Para FAÚNDES & CECATTI, o resgate da profissão de parteira ou obstetriz é considerado um aspecto fundamental da re-estruturação proposta:

"Um pré-requisito muito importante é o resgate da função da parteira (obstetriz) como uma estreita colaboradora do obstetra, assim como é a enfermeira para o cirurgião ou para o médico de UTI. A parteira já não constitui mais uma profissão no Brasil e o processo de resgate não será fácil. O processo deveria ser bem planejado a nível central e em alguns estados - chave. Deveria ser iniciado o mais cedo possível, pois levará alguns anos até começar a mostrar resultados.

A escassez de profissionais de saúde, que não médicos, é muito grande, e será fácil justificar esta iniciativa para aumentar o número desses profissionais. Contudo, a oposição será grande, e

---

<sup>41</sup> A esse respeito ver também TSUNESHIRO (1987); TANAKA (1995); LAURENTI (1996); DINIZ (1996); OSAVA (1997).

a situação deverá ser cuidadosamente avaliada para vencer essa resistência, tanto por parte de enfermeiras como de obstétricas." (FAÚNDES & CECATTI :1991:166-7)

Ao mesmo tempo, há que se considerar a omissão de formuladores de políticas públicas, até recentemente, em intervir nessas esferas da comunicação e da formação profissional. Como afirma Marjorie Tew, em Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care:

"Se a atenção à maternidade deve ser organizado de acordo com os fatos, não enganos, o ônus da reforma deve vir dos usuários do serviço, e da sociedade como um todo, suas lideranças políticas e seus formuladores de políticas. Argumentos racionais baseados em evidências científicas precisam de apoio político se o que se quer é influenciar a organização dos serviços."(TEW:1995:383)

A análise empreendida por Carranza das justificativas médicas apresentadas às mulheres para a realização da cesárea é bastante elucidativa, no que se refere ao modo pelo qual obstetras contribuem para mantê-las mal informadas em relação à fisiologia do parto. Uma reconstrução do diagnóstico, da cena diagnóstica, bem como dos acontecimentos que tiveram lugar até que a mulher fosse operada, é realizada a partir das entrevistas prestadas pelas mulheres. Como mencionamos acima, excetuando-se um caso, estas envolviam argumentos e/ou 'diagnósticos' de risco(s) à saúde do bebê e/ou da mãe no grupo de mulheres que tinham preferência pelo parto vaginal. É estarecedora a conclusão apresentada por Carranza: em apenas 3 casos há uma clara indicação de que o médico chegou ao diagnóstico através de procedimentos que têm por base as evidências científicas. Nos outros 12 casos, são apresentados argumentos que colocam em dúvida, quando não demonstram claramente o caráter falacioso das justificativas apresentadas às pacientes, quais sejam: sofrimento do feto: bebê cefálico encaixado em posição errada; dilatação mínima; pélvis estreito; e cicatriz no útero. Esse resultado nos interessa bastante, pois indica a relevância de se estudar mais atentamente o processo de manipulação simbólica de categorias de risco e



sua associação com as concepções de parto nos conflitos de poder que perpassam o processo reprodutivo, tema ao qual voltaremos na seção 4.3.

Cabe ressaltar que, a despeito dos resultados divergentes quanto à prevalência da cesareana como tipo de parto ideal e quanto ao papel efetivamente desempenhado pela maioria das mulheres na decisão sobre o tipo de parto, as pesquisas acima mencionadas apontam para o fato de que mulheres detêm pouco controle sobre os próprios corpos e são mal informadas, inclusive, pelos próprios obstetras, tanto em relação às características e conseqüências do parto vaginal, como em relação aos riscos à saúde da mulher e da criança que decorrem da cesárea.

Há fortes indícios que esses mesmos problemas de falta de controle sobre o próprio corpo e de informações corretas quanto aos riscos decorrentes do parto cirúrgico ocorram quanto à disseminação da "opção" pela cesareana entre usuárias do sistema SUS.

Neste caso, a análise dos dados do Sistema de Informações Hospitalares, realizada por Lynn Silver no período entre dezembro de 1994 e fevereiro de 1995, demonstrou que há uma concentração de cesareanas nos dias de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feiras, em contraste com os fins de semana, em que é menos freqüente, confirmando a prática de cirurgias marcadas, financiadas pelo SUS. (Silver:1996 apud OSAVA:1997) Essa autora sugere que uma parte considerável dessas cesareanas 'eletivas' era devida à prática da laqueadura, uma possível indicação camuflada em cerca de 67% das cirurgias, que nem sequer apresentam registros de diagnósticos nos AIHs-SUS (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA:1997).

Mesmo ocupando uma parte substantiva dos partos cirúrgicos no sistema SUS, há ainda outra parcela em que não se realizam laqueaduras. Qual seria a proporção dessas cesareanas que se realizam, conforme as circunstâncias relatadas por Ruth Osava, que transcrevemos abaixo?

"Certa vez um obstetra (...) relatou-me que, perguntando a uma mulher o por que de seu parto anterior ter sido por cesareana, esta lhe respondeu que não tinha certeza, mas achava que foi porque "havia risco de infecção uma vez que ouviu o plantonista dizer que iria operar todas elas para 'limpar a área'. (...)" Como explica a autora, " No jargão dos plantonistas, 'limpar a área' significa operar todas as parturientes ('na dúvida, opere é o lema) quando se

aproxima o final do plantão, para esvaziar o pré-parto" (OSAVA: 1997:68)

Ao mostrar como obstetras contribuem para manter suas pacientes mal informadas e como diagnósticos duvidosos ou incorretos são utilizados para justificar a realização do parto cirúrgico, os trabalhos de MELLO e SOUZA (1994) e CARRANZA (1994) apresentam uma problematização da autoridade médica nessa área. Demonstram que há uma distorção na interpretação do conceito de consentimento informado, que resulta no impedimento de seu pleno exercício. Trata-se de um direito do paciente e da paciente que vem sendo incorporado à concepção biomédica de saúde e de ética médica a partir dos movimentos de saúde das décadas de '70 e '80. Esse direito implica que o profissional de saúde, responsável pelo atendimento ao paciente, deveria dar-lhe acesso a informações que têm por base as evidências científicas, de tal modo que esse(a) pudesse efetivamente dar (ou não dar) seu consentimento em relação aos procedimentos a serem realizados. A sua inclusão na pauta de reivindicações dos movimentos de saúde contemporâneos representou um avanço em relação às demandas tradicionais de atenção à saúde porque questiona a própria distribuição de poder e 'expertise' no sistema de saúde (STARR:1982). Isso fica claro quando se verifica como figura no projeto de construção de direitos reprodutivos do movimento feminista brasileiro, ao tratar da problemática da atenção ao parto:

*"O movimento feminista afirma a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades (em relação ao parto), opõe-se às condutas médicas feitas 'para o seu próprio bem' e parte para o desenvolvimento de uma formulação nova da assistência, orientada pelo horizonte da construção dos direitos reprodutivos e sexuais, reivindicando para as mulheres os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade corporal e à equidade. (...) Nessa perspectiva, coloca para o serviço de saúde a urgência do desenvolvimento de tecnologia voltada ao fortalecimento das pessoas para o exercício desses direitos, incluindo a abordagem de questões como a informação sobre a gravidez, parto e procedimentos médicos, a negociação com profissionais e serviços, grupos de auto ajuda, envolvimento dos pais e famílias, incorporação dessas questões no pré-natal; formação continuada e novos currículos para os profissionais para a superação do modelo de fisiologia patológica." (DINIZ: 1996:189-90).*

Assim, quer a cesareana seja fruto de uma "opção" ou "preferência" da mulher (MELLO E SOUZA:1994), sendo considerada um bem de consumo (RATTNER:1996), quer seja uma imposição médica que conta, entre as camadas médias, com a aceitação da mulher (CARRANZA:1994), há que se considerar que esse não é o único 'tipo ideal' de parto existente entre nós.

Por outro lado, é interessante notar que o consentimento informado, em relação à saúde reprodutiva, passou recentemente a ser considerado um direito humano e uma questão de justiça social pelo Programa Maternidade Segura da Organização Mundial de Saúde. Em um documento elaborado para o Dia Internacional de Saúde de 1998, numa seção intitulada "Maternidade Segura: Uma Questão de Justiça Social e Direitos Humanos", afirma-se:

"Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam empoderadas e seus direitos humanos - incluindo os seus direitos à serviços de qualidade e informações durante e depois da gestação e parto - sejam respeitados." (OMS/WHO:1998: 98.3)

Como indicamos acima, ainda que de forma breve, o movimento feminista não é o único interlocutor entre nós a defender concepções, valores, expectativas e práticas reprodutivas 'alternativas', ou a se confrontar com a concepção patológica de atenção ao parto. Diversas têm sido as iniciativas de profissionais de saúde e de formuladores de política, no sentido de denunciar ou reorientar abusos e distorções na prática da assistência nessa área, embora o reconhecimento da necessidade de se realizarem mudanças profundas na organização do sistema de atendimento ao parto seja recente e parcial, tema que discutimos na seção 2.

Tampouco, podemos concluir que, entre a população brasileira, haja um consenso em relação ao parto hospitalar (cesareana ou vaginal) enquanto preferência, tema que discutiremos a seguir.

#### *4.2.2 Do parto fora do hospital: falta de opção ou preferência?*

A própria heterogeneidade de experiências reprodutivas existente no Brasil, aliás, bastante significativa, sugere que a opção pelo parto hospitalar não é universal.

Cabe lembrar que, segundo dados da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNSD) de 1996, 77,6% dos partos de nascidos vivos nos 5 anos anteriores à pesquisa foram assistidos por médicos, 10,0% por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, 9,4% por parteiras leigas ou formadas, 1,2% por parentes ou outros e 0,7% não tiveram qualquer assistência (PNSD:1997:110).

Quanto ao local de nascimento, 8,5% dos partos de nascidos vivos nesse período nasceram fora de ambientes hospitalares<sup>42</sup>. Isso não significa que todas as mulheres que realizaram partos fora do ambiente hospitalar tiveram à sua disposição outras opções quanto ao local do parto. Porém, também não se pode simplesmente deduzir que teriam preferência pelo parto hospitalar. Ao menos é isso que sugerem Organizações Não-Governamentais (ONGs) como Curumim e Cais do Parto, assim como a Rede Nacional das Parteiras Tradicionais, que milita em defesa do direito de as parteiras tradicionais serem cadastradas, receberem remuneração, recursos e suporte, assim como defende o direito da mulher de escolher o local do parto. Segundo o Curumim:

"Ainda hoje, principalmente nas áreas rurais, muitas mulheres vêm a parteira com confiança e respeito o que facilita o trabalho de acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto. (CARVALHO et. al.:1997: 6)

A literatura antropológica tem contribuído para a compreensão de que o nascimento é um processo contínuo, a um só tempo fisiológico e cultural, cujo início e fim são demarcados de formas distintas em diferentes culturas.

Diversos autores têm enfatizado o caráter sistêmico desse evento, procurando demonstrar a interação existente entre o modo como ele é definido e determinadas formas de preparação para o parto e nascimento; a definição dos participantes (especialistas e não especialistas) e a concepção de como se deve dar apoio à parturiente; a delimitação do território onde deve ocorrer; a definição de que medicamentos são apropriados; a tecnologia a ser empregada; e o *locus* da tomada de decisões. (MEAD & NEWTON: 1967; JORDAN:1993 e 1987; MARTIN: (1992; DAVIS-FLOYD:1992).

Alguns, senão todos esses elementos, certamente, estão contemplados na relação estabelecida entre as 'parteiras tradicionais' e as mulheres a quem elas atendem, contribuindo para que estas confiem e respeitem aquelas, as temam ou, senão, as desautorizem.

Alguns autores têm procurado mostrar como distintas definições do parto estão associadas a diferentes noções de risco e considerações acerca de quais os riscos socialmente aceitáveis, assim como quem deve se responsabilizar por eles (ROTHMAN: 1982; JORDAN: 1993 e 1987; MARTIN: 1992; DAVIS-FLOYD: 1992; HOWELL-WHITE-White: 1997; O'NEIL & KAUFFERT: 1993; JEFFERY & JEFFERY: 1993)

Como sugere o texto do Curumim, acima apresentado, noções acerca da autoridade social (STARR:1982) da pessoa responsável pela atenção ao parto, isto é, se esta tem legitimidade e, portanto inspira confiança, sendo, por exemplo, capaz de aplacar os medos das mulheres que procuram seus serviços, são da maior importância. A antropologia tem feito contribuições muito relevantes para a análise do papel desempenhado pelas técnicas corporais (MAUSS: [1936]1974), pela eficácia simbólica dos cantos (LEVI-STRAUSS:1973; LADERMAN:1983) e pelo próprio processo ritual (TURNER:1969 e 1974; DAVIS-FLOYD) em direcionar as emoções avassaladoras, que podem estar envolvidas no parto, para levá-lo a um bom termo.

---

<sup>42</sup> Além de hospitais do governo, conveniados ao SUS e particulares, incluíram-se nessa categoria partos realizados em casas de parto, centros ou postos de saúde. PNSD, BENFAM, Rio de Janeiro:Litografia Tucana ITDA, 1997, pp.108.

Ao descrever o treinamento que oferecem, o CURUMIM refere-se à necessidade de se reconhecerem e respeitarem os valores culturais que se transmitem através das práticas das parteiras tradicionais:

"A parteira tradicional é uma transmissora de valores relativos a sexualidade e reprodução, portanto toda e qualquer abordagem de treinamento não pode ter um caráter puramente técnico. A prática da parteira simboliza um elemento que compõe a cultura e principalmente a identidade daquela comunidade. Muitas vezes essa prática é composta de rituais onde se encontram fortemente presentes elementos relativos à vida, morte, nascimento, herança, sexualidade, amor. Uma abordagem de treinamento meramente substitutiva e técnica, pode caracterizar uma ameaça a essa identidade" (CARVALHO, & VEANA, & CHACHAU :1997)

Esse texto coloca em evidência conflitos que se apresentam no encontro entre as concepções e práticas da medicina ocidental e aquela de parteiras tradicionais de distintas etnias, tema ao qual alguns antropólogos têm-se dedicado, abordando os conflitos de valores e de poder que se explicitam em situações de treinamento (LADERMAN: 1987; JORDAN: 1993); ou em programas de treinamento (PIGG:1997) de parteiras tradicionais, elaboradas por agências internacionais de desenvolvimento e saúde.

O que gostaríamos de chamar a atenção, aqui, é que essas preocupações com relação ao respeito à cultura da parteira e da parturiente, particularmente, quanto à decisão acerca do local mais adequado para o parto e nascimento, também transparecem em documentos recentes do Programa Maternidade Segura da Organização Mundial de Saúde. Ao discutir onde o parto deve ocorrer, o documento *Atenção ao Parto Normal* declara:

"Pode-se dizer que a mulher deve dar a luz em um lugar onde se sinta segura, e no nível mais periférico no qual atenção apropriada é viável e segura (FIGO :1992). Para uma grávida de baixo risco, esse lugar pode ser sua casa, uma pequena clínica de maternidade ou uma casa de parto na cidade ou talvez em uma maternidade de um hospital maior. Porém precisa ser um lugar onde toda atenção e cuidado estão voltados para suas necessidades e segurança, tão perto de sua casa e de sua própria cultura quanto for possível. Se o nascimento ocorrer de fato no domicílio ou em uma casa de parto pequena e periférica, planos contingenciais para o acesso a um centro de referência com um quadro apropriado de profissionais de saúde devem fazer parte

das preparações de pré-natal." (CARE IN NORMAL BIRTH: WHO/FRH/ MSM/1996:96.24:12)

Percebe-se que há um reconhecimento, por parte da Organização Mundial de Saúde, de que a decisão sobre o local de nascimento mais adequado e o tipo de atenção ao parto deve levar em conta as concepções da parturiente em relação ao lugar onde se sinta mais segura. Há assim, um reconhecimento de que noções de segurança (e de risco) em relação ao parto são construções sociais, associadas às definições culturais acerca do próprio processo reprodutivo, sendo recomendável respeitá-las, *desde que* sejam observados determinados padrões médicos de atenção ao parto, considerados apropriados pela Organização Mundial de Saúde. Isto é, novamente estamos diante de uma tentativa de acomodar diferentes definições e práticas em relação ao parto. Ao mesmo tempo, nota-se que questões complexas de poder e controle médico se fazem presentes.

Voltemos, entretanto, à questão do local apropriado para o nascimento. O documento acima afirma que, *em se tratando de 'gestações de baixo risco'* esse local pode ser a casa ou um centro de nascimento.

Recentemente, entretanto, o Programa Maternidade Segura da Organização Mundial de Saúde passou a recomendar, baseando-se em evidências científicas, o abandono da abordagem formal de risco, defendida, segundo ALVARENGA (1994), em décadas anteriores:

"Uma revisão da literatura conduzida em 1992 para o Programa de Pesquisa de Saúde Materna e Maternidade Segura da Organização Mundial de Saúde concluiu que a abordagem de risco não é eficiente para assegurar o uso racional de serviços de saúde materna ou em prevenir mortes maternas" (WHO:WHD: 1998:98.5)

Estudos realizados sobre a abordagem formal de risco mostraram que havia uma proporção grande de 'falsos positivos' e 'falsos negativos'. Isto é, muitas mulheres cujas gestações foram classificadas como de 'alto risco' não desenvolveram complicações obstétricas, enquanto muitas outras mulheres que desenvolveram complicações foram originariamente classificadas como sendo de 'baixo risco'. A abordagem formal de risco não

é considerada uma abordagem científica por se ter comprovado um instrumento ineficaz na identificação de mulheres que apresentam maior probabilidade de desenvolver complicações obstétricas. Além disso, o documento argumenta que essa abordagem deve ser abandonada, dados os altos custos que implica:

"Os custos de uma avaliação de riscos ineficaz podem ser consideráveis. Para as mulheres e suas famílias, há custos relacionados aos falsos positivos, incluindo custos diretos de tratamentos desnecessários, custos de 'oportunidade' pelo tempo gasto procurando serviços desnecessários e a sobrecarga ou ônus psicológico de ser rotulada de 'alto risco'. O custo de falsos negativos podem ser até mais severos - a falta de tratamento que pode resultar em morte. Para o sistema de saúde essa abordagem também resulta em custos: tempo gasto em na aprendizagem e aplicação de instrumentos de avaliação de riscos e a sobrecarga dos serviços com os falsos positivos." (WHO/ WHD:1998:98.5)<sup>43</sup>

Para que sejam realizados os objetivos do programa Maternidade Segura, recomenda-se que esforços sejam empreendidos para assegurar às mulheres o acesso universal ao sistema de atenção a saúde; o acesso universal das mulheres e seus familiares à educação que lhes transmita informações científicas em relação aos riscos de complicações obstétricas e como identificá-las; e, a melhora da qualidade no atendimento.

Percebe-se que há um deslocamento de um enfoque em que o estigma e parte do ônus recaía sobre o indivíduo (e por extensão, sobre seus familiares) que se encontrava em uma categoria de 'alto risco', para um enfoque em que, partindo de um reconhecimento da vulnerabilidade das mulheres, particularmente no que diz respeito à sua sexualidade e saúde reprodutiva, a ênfase recai sobre as responsabilidades da sociedade e do Estado perante todas mulheres e seus familiares, enquanto cidadãos. Há um reconhecimento das responsabilidades sociais de prover mulheres e seus familiares com informações corretas sobre os riscos de complicações obstétricas que podem surgir, educando-os para que possam reconhecer sinais de complicações e provendo-lhes o acesso universal a serviços de qualidade.

---

<sup>43</sup> Ver a propósito de uma análise crítica acerca da proposta de mensuração de risco presente na literatura pós-1965, trabalho de ALVARENGA(1994).



A partir dessa mudança de postura em relação à abordagem de risco, reitera-se que o parto domiciliar e o parto em casas de parto são seguros, *desde que sejam observadas determinadas condições:*

"Para reduzir significativamente a mortalidade materna, todas as mulheres grávidas, em trabalho de parto e todas as mulheres que deram à luz recentemente devem ter acesso à atenção obstétrica essencial, caso surjam complicações.

Em nível do domicílio e do povoado, isso significa partos limpos<sup>[44]</sup> realizados *por pessoas com treinamento de obstetriz (personnel trained in midwifery)*; pronto reconhecimento de complicações e mecanismos de referência apropriados; e esquemas de transporte comunitário que possibilitam que a mulher chegue a serviços em tempo hábil, quando (e se) isso se faz necessário.

Centros de Saúde e Casas de Parto devem oferecer partos limpos por equipe qualificada (obstetrizes treinadas; enfermeiras; enfermeiras obstétricas ou médicos); pronto reconhecimento de complicações e mecanismos de referência apropriados; e devem ser capazes de estabilizar uma mulher que está tendo complicações até que ela possa ser transferida em segurança para o próximo nível de atenção.

Um sistema de comunicação e transporte entre todos os níveis do sistema de saúde que esteja funcionando adequadamente é essencial para a referência e utilização apropriada de serviços obstétricos." (WHO/WHO:1998:98.5)

É importante ressaltar que as evidências científicas tendem a confirmar que o parto domiciliar e o parto em casas de parto é tão ou mais seguro que o parto hospitalar, desde que seja planejado e acompanhado por um profissional qualificado, como acima referido (KITZINGER & DAVIS: 1978; OLITTA: 1988; KITZINGER: 1988; TEW: [1990]1995; SAKALA: 1993; SPRINGER: 1996).

Nota-se, ao mesmo tempo, que obstetrizes desempenham um papel fundamental na concepção do que seja maternidade segura, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. Ainda, segundo o documento:

"A pessoa mais apropriada para prestar assistência às mulheres grávidas é alguém com as habilidades de obstetriz que vive

<sup>44</sup> Não se fala em partos realizados em condições de higiene, mas sim em limpeza, talvez para enfatizar o fato de que a esterilização de materiais nem sempre se faz possível, não sendo tampouco o meio mais eficaz para evitar as infecções em certas circunstâncias. O que estamos observando é, talvez, um esforço de desmedicalizar a própria linguagem em relação à parturição. Ver discussão de JORDAN (1993) a respeito do uso inadequado de luvas e tesouras obstétricas e sobre os benefícios do uso de determinados instrumentos e técnicas tradicionais do ponto de vista da prevenção de infecções.

próximo à comunidade. Pessoas com o treinamento de obstetriz são qualificadas para prover as mulheres grávidas com atenção preventiva, detectar condições anormais nas mães e nos bebês, prestar assistência ao longo do trabalho de parto e parto assim como prescrever drogas essenciais. Quando surgem complicações no parto, as obstetrites que estão prestando a atenção - especialmente a nível da comunidade - precisam ser capacitadas para tomar medidas de emergência, na ausência de assistência médica, e providenciar a assistência médica ou encaminhar a mulher a um serviço de saúde apropriado.

Profissionais de saúde com as aptidões de obstetritz também podem oferecer apoio social e psicológico às mulheres que estão em trabalho de parto e às novas mães; ensinar as famílias e comunidades sobre a gestação, parto e a atenção à criança; e podem ser lideranças em administração, gerenciamento e pesquisa." (WHO/WHD:1998:98.6)

Nota-se, desde a década de sessenta e setenta, a existência de um processo de revalorização dessa profissão, que tem contado com o apoio crescente de setores bastante diversificados, entre os quais se incluem, como mencionamos anteriormente:

- ❑ o movimento feminista
- ❑ os movimentos de direitos em saúde, incluindo o movimento em defesa do parto domiciliar no qual se inseriam setores do feminismo e setores de uma contracultura terapêutica que, segundo Paul STARR, "se classificava sob a rubrica de 'medicina holística' e se apresentava como uma alternativa humanista ao sistema médico impessoal, voltado para as doenças e demasiadamente tecnológico"(1982:393)
- ❑ as instituições internacionais de saúde materna e perinatal

O ressurgimento da profissão de obstetritz implicou debates em torno da regulamentação da profissão e de sua formação, as quais foram objeto de reformulações em vários países. Data desse período a seguinte definição de obstetritz, da Organização Mundial de Saúde, 1996:

"Uma pessoa que, tendo se matriculado regularmente em um programa educacional de obstetritz devidamente reconhecido dentro da jurisdição local onde se situa, tenha completado o programa prescrito do curso com sucesso e tenha adquirido as qualificações necessárias para se registrar e/ou tenha se licenciado legalmente para exercer a profissão de obstetritz.

A esfera de práticas: ela deve ser capaz de dar a necessária supervisão, assistência e aconselhamento às mulheres durante o período da gravidez, parto e puerpério, conduzir partos sob sua

própria responsabilidade, cuidar e acompanhar o recém nascido. Essa assistência inclui medidas preventivas, a identificação precoce de anormalidades da mãe e da criança, o encaminhamento à assistência médica, e a execução de medidas de emergência na ausência de assistência médica.

Ela tem uma importante tarefa em aconselhamento e educação - não apenas das pacientes , mas também da família e na comunidade. O seu trabalho deve envolver a educação e preparação para a maternidade e a paternidade e se estender para certas áreas da ginecologia, planejamento familiar e assistência à saúde da criança.

Ela pode exercer sua profissão em hospitais, clínicas, unidades de saúde, condições domiciliares ou qualquer outro serviço”<sup>45</sup>

Segundo essa definição, a obstetriz tem direitos e responsabilidades equivalentes aos do clínico geral no campo da obstetrícia, isto é, espera-se dela que trabalhe de uma forma autônoma no campo. Nota-se que se trata de uma concepção bem diferente daquela defendida por FAÚNDES & CECATTI (1991), no que diz respeito à sua autonomia.

A atuação da Organização Mundial de Saúde, no sentido de sinalizar o papel fundamental de parteiras diplomadas e obstetrizes no combate à mortalidade materna e perinatal, tem se tornado mais incisiva nas décadas de 80 e 90. Uma das evidências disso são as recomendações gerais contidas no documento “Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto” endossado pela OMS, em que se declara que:

“11. A formação de obstetrizes e parteiras profissionais deve ser encorajada, pois a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normais deve ser delegado a essas profissionais”<sup>46</sup>

Essa recomendação, incorporada ao programa “Saúde Materna e Maternidade Segura” da OMS, iniciada em 1987, foi reiterada em 1996 no relatório do seu Grupo de Trabalho Técnico intitulado Atenção ao Parto e Nascimento Normal: um guia prático, segundo o qual a pessoa com as aptidões de obstetriz

“ parece ser a provedora de assistência à saúde mais apropriada e melhor do ponto de vista de custo benefício a ser designada para

<sup>45</sup> citado em KITZINGER, S. The Midwife Challenge. Pandora, London, 1988, p.ix.

<sup>46</sup> “Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto” em The Lancet, aug 24, 436-7, 1985, tradução Sonia Nussenzweig Hotimsky e revisão Sonia Venâncio

o atendimento à gestação normal e ao parto normal, incluindo a avaliação de risco e o reconhecimento de complicações"<sup>47</sup>

Esse documento retoma a definição internacional de obstetriz, segundo a OMS, ICM (International Confederation of Midwives) e FIGO (International Federation of Obstetricians and Gynecologists), afirmando ser a mesma muito simples:

"se o programa de educação é reconhecido pelo governo que confere o certificado de obstetriz, aquela pessoa é uma obstetriz. Geralmente, trata-se de um prestador de assistência competente em obstetrícia, especialmente treinado em assistência ao parto normal." (WHO/FRH/MSM/96.24, p.5)

A relevância dessas recomendações em relação ao local do parto e aos profissionais considerados qualificados para atenderem ao parto é que explicita o direito das mulheres a realizarem determinadas escolhas bem informadas. Essa preocupação já aparecia no documento Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, em suas as "Recomendações Gerais" em que se afirma:

"12. A avaliação da tecnologia a ser empregada no parto deve envolver todos os profissionais que a utilizam, incluindo epidemiologistas, cientistas sociais, autoridades de saúde e as mulheres nas quais ele é utilizada."

Essa questão é discutida em maior profundidade em outra seção do documento, intitulada "Maternidade Segura: Uma Questão de Direitos Humanos e Justiça Social". Afirma-se que a falta de poder das mulheres e seu acesso desigual a recursos na família, na sociedade e nos mercados econômicos estão entre os fatores responsáveis pelo lento declínio nas taxas de morbidade e mortalidade materna. Afirma-se que as mulheres enfrentam diversas barreiras para assegurar sua saúde reprodutiva, entre os quais se incluem:

- ♦ "informações, idéias e opções limitadas;

---

<sup>47</sup> citado em WORLD HEALTH ORGANIZATION. SAFE MOTHERHOOD. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Geneva WHO/FRH/MSM/96.24, p.6.

- ♦ relações de poder desiguais que resultam em constrangimentos em relação a capacidade das mulheres de fazerem escolhas, sua mobilidade física, e seu acesso a recursos materiais;
- ♦ A baixa qualidade da interação com os provedores de atenção à saúde: As mulheres em muitas culturas relutam em utilizar os serviços de saúde, pois percebem os provedores como sendo rudes, condescendentes e insensíveis ao contexto em que vivem. Interações com os provedores podem ser ameaçadoras e humilhantes, e as mulheres freqüentemente se sentem pressionadas a fazer escolhas que entram em conflito com os seus próprios objetivos de fertilidade e saúde" (WHO/ WHD:1998:98.3)

Segundo esse documento, fortalecer as mulheres significa:

"criar as condições para que possam superar essas barreiras e fazer escolhas plenamente informadas, particularmente nas áreas que afetam o aspecto mais íntimo de suas vidas - sua saúde reprodutiva. O fortalecimento das mulheres é crítico para assegurar a maternidade segura.." (op.cit.)

Ao que nos parece, o documento acima traz contribuições bastante pertinentes para a análise da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras. Efetivamente, ainda estamos longe de uma situação em que as mulheres possam realizar escolhas bem informadas, quanto ao local do parto e ao profissional apropriado para atendê-las.

Sabe-se que em centros urbanos, como Olinda, Recife, Rio de Janeiro, Campinas e São Paulo, onde existem algumas possibilidades de se realizarem escolhas, há mulheres de distintas camadas sociais que têm manifestado sua preferência pelo parto fora do hospital, seja este realizado no domicílio (OLITTA:1998) ou em casas de parto. Alias, no contexto atual da desqualificação da assistência hospitalar ao parto, esse tema tem tido repercussão junto à opinião pública, sendo ventilado com certa freqüência na imprensa. Segundo reportagem da Folha de São Paulo, de 19 de julho de 1998:

"(...) Suely Carvalho, 47, enfermeira e parteira há 22 anos e uma das coordenadoras de Rede Nacional de Parteiras e da ONG Cais do Parto (...) faz partos em Olinda e Recife, atendendo mulheres que têm seus filhos em casa por opção. "Lutamos para que a mulher tenha o direito de escolher", afirma Dayse Reis, do cais do Parto. "Se preferir o hospital, que seja atendida com respeito." (FOLHA DE SÃO PAULO, Seção 3, Pagina 6, 19/07/98)

Em São Paulo, o ambulatório e Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA) tem recebido significativa cobertura por parte da mídia. Em 9 de março de 1997, a 'parteira diplomada' ou obstetriz Angela Gehrke da Silva e o serviço no qual atende foram tema de capa da Folha de São Paulo, que dedicou as duas primeiras páginas do caderno 3 ao tema do 'renascimento das parteiras'. O artigo desse bloco, dedicado ao ambulatório da ACOMA é intitulado "Favela abriga ambulatório modelo. Maternidade na Monte Azul (em SP) apresenta os melhores índices do Brasil, segundo a OMS". Segundo a reportagem:

"O ambulatório-maternidade que ostenta os melhores indicadores do país - segundo critérios da Organização Mundial da Saúde - fica bem no meio da favela Monte Azul (zona sul de SP)."<sup>48</sup>

Em outra reportagem que descreve esse serviço, uma adolescente grávida, que iria ter seu segundo filho na casa de partos, afirma :

"Estou tranqüila porque confio nas parteiras" (ISTOÉ/1479-4/2/98)<sup>49</sup>

Essas formas 'alternativas' de atendimento ao parto são atualmente reconhecidas, inclusive pelo Ministério de Saúde, que tem se comprometido a prestar seu apoio às iniciativas de organização de casas de parto. Segundo reportagem da Folha de São Paulo, de 21 de julho de 1998, intitulada: "Casas de Parto podem ajudar a diminuir os índices de mortalidade materna no país. Governo vai incentivar parto em casa",

"O governo federal quer incentivar a criação das casas de parto - que substituirão os hospitais-maternidade - e oferecer na rede pública a opção pelo parto domiciliar." (FOLHA DE SÃO PAULO, Seção 3, página 6, 1/07/98)

Neste sentido, há que se lembrar que, em setembro de 1998 foi inaugurada a Casa de Parto - Projeto Qualis, Qualidade de Vida Integral. Trata-se de uma parceria da Secretaria de Estado da Saúde e da Fundação Zerbini, em conjunto com o Programa de Saúde da Família de São Paulo.

---

<sup>48</sup> A reportagem se encontra na íntegra no ANEXO I.

<sup>49</sup> Essa reportagem também se encontra na íntegra no ANEXO I.

Sua inauguração foi anunciada pela imprensa como "a primeira casa de parto na rede pública de saúde" (FOLHA DE SÃO PAULO seção 6, 23/08/98). Aliás, é interessante notar que o modelo dessa casa de parto se inspirou, em parte, na Casa de Partos da ACOMA, a qual recebeu uma visita da equipe responsável pelo projeto da casa de partos do Qualis. Essa visita incluiu um registro fotográfico da casa de partos do ACOMA, que consta de um documento de disseminação e de propaganda do projeto de casa de partos do Qualis, intitulado "Você pode ajudar"<sup>50</sup> como 'solução' para o problema das precárias condições de atendimento ao parto em São Paulo. Segundo esse documento:

"As condições de atendimento ao parto na cidade de São Paulo são sabidamente precárias. Muitas mulheres precisam percorrer até cinco hospitais para conseguir vaga para realizar um parto (...) Existe uma solução simples, segura e eficiente para equacionar esse problema.

Na favela Monte Azul, zona sul da cidade de São Paulo, funciona uma casa de parto onde já nasceram cerca de novecentas crianças sem nenhuma complicação. Essa casa é gerenciada pela associação de moradores da própria favela e conta com o apoio de organizações não-governamentais nacionais e internacionais (...) O Programa Saúde da Família/ Projeto Qualis está empenhado em implantar uma casa de parto na Vila Reunidas, com trinta leitos e alojamento conjunto.(...)"

Embora o parto fora do hospital ainda seja considerada um parto 'alternativo' e o acesso a esse tipo de serviço ainda seja reduzido em São Paulo, acreditamos que a presente investigação seja de interesse pois pudemos identificar concepções e práticas de suas usuárias, dos provedores, assim como aquelas que prevaleciam em outros serviços de saúde com os quais interagiam, e compreender alguns dos conflitos de valores, de interesses e de poder que se explicitaram em relação ao processo reprodutivo.

---

<sup>50</sup> Esse documento do projeto QUALIS se encontra na íntegra no ANEXO I.

### **4.3. Algumas contribuições das ciências sociais acerca da noção de risco**

Em Risk and Culture, Mary Douglas e Aaron Wildavsky procuram mostrar como a seleção e percepção de riscos considerados prioritários constituem-se socialmente, tendo por base pressupostos tendenciosos e que:

"todos os modos de avaliação de risco são enviesados pelos pressupostos sociais que fazem." e que (...) "cada cultura, cada conjunto de valores compartilhados ou instituições sociais, salienta tendenciosamente determinados riscos e minimiza outros". (DOUGLAS & WILDAVSKY: 1982:14)

Giddens, por outro lado, discute as noções de confiança e de risco, como produtos específicos da modernidade. Sua definição dessas noções nos é relevante, à medida que argumenta que ambas são elementos essenciais de *sistemas peritos*, entre os quais inclui a medicina científica, que aqui nos interessa mais de perto.

Segundo o autor, esses sistemas peritos seriam "sistemas de excelência técnica ou profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje." (GIDDENS:1990:35) Enquanto leigos, nossa relação com esses sistemas ou com os profissionais que nele estão integrados, sempre envolve a *fé* no *conhecimento perito* que aplicam, já que não podemos conferi-lo exaustivamente.

Contrapõe à noção de risco, a noção de *fortuna* (fortuna ou destino) associada ao período pré-moderno. Esta estaria vinculada às cosmologias religiosas e seria substituída, na modernidade, pela noção de risco que representaria uma alteração na percepção da determinação e contingência já que "os imperativos morais humanos, as causas naturais e o acaso passam a reinar no lugar das cosmologias religiosas" (GIDDENS:1990:42).

Evidentemente, a existência de terapêuticas religiosas ou formas de medicina alternativas vinculadas à concepções místicas, no período contemporâneo, leva-nos a questionar essa classificação, à medida que



tende a sugerir que a noção de 'fortuna' ou 'destino' está associada ao passado, como se a modernidade fosse, de fato, associada a um processo inexorável e efetivo de racionalização.

Por outro lado, o que é interessante é que ele mostra como a fé é um elemento essencial, aqui, também. Articulando as noções de confiança, segurança, risco e perigo, busca mostrar a relação que haveria entre elas em condições de modernidade. Segundo o autor,

"a confiança opera em ambientes de risco, nos quais podem ser obtidos níveis variáveis de segurança (proteção contra perigos)" (GIDDENS: 1990:..59)."

Considera, também, as circunstâncias em que há um lapso na confiança (*trust*) e procura analisar como essas podem ser melhor compreendidas.

Essa concepção de 'confiança', como elemento fundamental dos sistemas peritos e da própria modernidade, entretanto, não nos parece adequada para discutirmos o sistema de saúde brasileiro e sua clientela das camadas populares urbanas. Isto é, os estudos a que tivemos acesso sugerem que usuários dos postos de saúde e hospitais conveniados ao SUS é marcada, freqüentemente, pela desconfiança e pela percepção da relação médico-paciente como uma relação de autoridade e poder, em que não se sentem devidamente informados em relação a sua saúde/doença e acreditam que a expectativa institucional seria a de que eles se submetam.

"A relação médico-paciente é portanto percebida por nossos entrevistados como uma relação de autoridade, em que o paciente deve submeter-se passivamente a manipulações que lhe são mais ou menos estranhas, já que sua vontade pessoal ou opinião estão excluídas de qualquer decisão." (MONTERO: 1985:83)

Por outro lado, se interpretam as expectativas da autoridade médica em relação a eles desse modo, isso não significa que correspondam a essa expectativa. E os itinerários terapêuticos, percorridos por membros das camadas populares, incluindo diferentes serviços de medicina oficial e de

medicina popular disponíveis, é uma das evidências disso. (MONTERO: 1985; LOYOLA: 1984; RABELO: 1993)

Segundo nossa leitura, a análise feita por Giddens da articulação entre confiança, risco, segurança e perigo pode ser sugestiva para pensarmos a configuração da legitimidade, uma das fontes da autoridade da medicina científica e dos profissionais que a exercem, desde que, ao contrário do que ele sugere, consideremos a dependência como outra fonte importante dessa autoridade.

Para nós, então, o que Giddens chama de *sistemas peritos* se fundamentar-se-iam na autoridade que, por sua vez, constituir-se-ia a partir de dois pilares, como sugere STARR (1982): a legitimidade ou deferência leiga e a dependência.

Segundo este último, a autoridade pode apoiar-se mais em um ou outro desses pilares e, num mesmo momento histórico, a fonte principal da autoridade profissional pode ser diferente para distintas pessoas e classes sociais. Assim, a título de exemplo, entre as classes desprivilegiadas, a autoridade pode basear-se muito mais na dependência do que na legitimidade, quando não há opções de assistência disponíveis e na falta de uma linguagem comum e as dificuldades de comunicação entre paciente e médico, que geram desconfiança.

Starr deixa claro que, em várias circunstâncias, a autoridade do profissional não advém de uma legitimidade que lhe é deferida, isto é, que a legitimidade de seu exercício profissional pode estar em questão, a confiança no médico pode estar abalada, embora sua autoridade se mantenha, tendo por base a dependência que se construiu em torno dele, particularmente em não havendo alternativas.

Nesse sentido, a análise de Starr parece aproximar-se mais da situação em que se encontrava, até recentemente, a obstetrícia brasileira, altamente criticada em face dos altos índices de mortalidade materna e por ser o Brasil campeão mundial de cesáreas, mas, sem efetivar mudanças em suas rotinas e na formação (FAÚNDES & CECATTI: 1991; TSUNESHIRO:

1987; TANAKA: 1995; OSAVA: 1997; DINIZ: 1996), que pudessem transformar essa prática, dando-lhe legitimidade.

Como vimos na seção 2, algumas medidas tomadas recentemente no nível federal, de gestão do SUS, são indicativas de uma vontade política de implementar algumas mudanças fundamentais na organização do sistema de atenção. Resta ver se haverá incentivos e investimentos necessários em recursos humanos e materiais para que sejam, efetivamente, implementadas.

A definição de autoridade de STARR também se diferencia do conceito de saber autorizado, desenvolvido por Brigitte Jordan. Segundo a autora, o saber autorizado seria aquele saber que se torna hegemônico ao desvalorizar, deslegitimar e desautorizar as outras formas de saber existentes:

"(..) em qualquer situação social, há uma multitude de formas de conhecimento, mas algumas prevalecem. Algumas formas de conhecimento são desvalorizadas, caem em descrédito, enquanto outras se tornam socialmente sancionadas, conseqüentes, até 'oficiais' e são aceitas enquanto bases legítimas para a inferência e ação" (JORDAN:1993:150)

Essa última definição pressupõe que o saber autorizado tem uma legitimidade, que se explicita, inclusive, através de sua naturalização, do fato de esse saber ser percebido como uma verdade absoluta, inquestionável.

Isso não corresponde, contudo, ao que temos visto na literatura em relação à desconfiança da população de camadas populares em face da autoridade profissional de médicos e, tampouco, à sua percepção da relação terapêutica como uma relação de poder, como temos mencionado anteriormente. Também não corresponde ao que temos notado entre a clientela de Angela, que faz questionamentos em relação à assistência médico-hospitalar que recebera em gestações anteriores.

Por outro lado, o desenvolvimento da distinção que Starr faz entre autoridade individual do médico e autoridade profissional coletiva, de autoridade cultural e autoridade social, permite-nos pensarmos sobre as bases da autoridade de Angela Gehrke da Silva, parteira diplomada da

Associação Comunitária Monte Azul, quando essa afirma que "aos poucos fui ganhando a confiança das pessoas".

Em nosso caso, há indícios de que a falta de alternativas disponíveis para grande maioria das mulheres brasileiras configuraria uma situação em que, a despeito da falta de credibilidade na medicina oficial, de modo geral, ou da percepção da atenção ao parto hospitalar, especificamente, como envolvendo "riscos assistenciais" (Tanaka:1995:91), manter-se-ia uma relação de dependência à autoridade médica e aos hospitais.

Esta investigação pode oferecer subsídios sobre o modo como mulheres de distintas camadas sociais retratam os "riscos assistenciais" relacionados, especificamente, à parturição.

Pudemos indicar até que ponto os riscos que priorizam são os mesmos que aqueles priorizados por profissionais de saúde.

Além disso, foi possível indicar o modo como retratam sua relação com os profissionais e instituições de saúde, ao longo do processo reprodutivo, buscando depreender, efetivamente, como percebem a sua relação com a autoridade médica e a relação clínica ou terapêutica, nesse caso específico, da parturição.

Acreditamos que este trabalho possa oferecer uma contribuição nesse sentido, ao focalizar as narrativas de mulheres de distintas camadas sociais sobre suas expectativas e experiências em relação ao processo reprodutivo.

Por ter focado mulheres que optaram por realizar seus partos fora do hospital ou que, ao menos, freqüentaram um serviço que lhes oferecia essa possibilidade, tivemos um acesso privilegiado ao modo como se dá a articulação e confronto entre distintas concepções e práticas relacionadas à parturição em nosso meio.

#### 4.3.1 As noções de risco em relação ao parto

Ao considerarem a tendência de elevação das taxas do parto cesáreo, alguns autores têm analisado as causas e implicações de nosso "modelo tecnológico" de assistência, que tende a considerar o parto "como evento patológico e, a parturiente, como paciente cirúrgica" (DINIZ:1996:9). A literatura antropológica e a medicina, baseada em evidências, tem mostrado que a abordagem médico-cirúrgica do parto tende a superestimar os riscos inerentes ao processo fisiológico, que freqüentemente implica a "substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas". (BWHBC, 1993:454 apud, DINIZ:1996:4).

Em, In Labour: Women and Power in the Birth Place, Barbara K. Rothman discute a questão de riscos envolvidos em partos domiciliares e hospitalares, argumentando que há riscos envolvidos em ambos os casos e que as questões centrais seriam quais os riscos socialmente aceitáveis e quem se responsabiliza pelos riscos envolvidos. Falando de sua experiência com o parto domiciliar, nos Estados Unidos, a autora comenta:

"O moral da estória era que o quanto mais eu renunciava ao controle da situação, mais renunciava minha responsabilidade sobre suas conseqüências, e quanto mais isso ocorria, mais o meu comportamento se tornava socialmente aceitável.

Apelos dirigidos à médica sobre a beleza da experiência do nascimento não a impressionavam. Não tenho certeza que eu mesmo me convencia nesse nível. Mas os temas da autonomia e do controle eram questões já estabelecidas na agenda feminista com as quais ela conseguia se relacionar - tratava-se, afinal, do tema fundamental do direito da mulher ao controle sobre o próprio corpo." (ROTHMAN: 1982:17-18)

Por outro lado, alguns autores (JEFFERY & JEFFERY: 1993: VAN HOLLEN: 1994) sugerem que a natureza política de outros sistemas médicos que não a biomedicina também merecem ser investigados para se compreender como

"crenças e práticas relacionadas à reprodução em outras culturas também podem reforçar relações sociais desiguais" (VAN HOLLEN: 1994:503)

No caso do parto com dâis, parteiras tradicionais na Índia, focado por JEFFERY & JEFFERY (1993), não só relações de poder entre os gêneros e classes sociais, mas relações sociais patriarcais são, por vezes, reproduzidas ou reiteradas. Esses autores sugerem que a investigação sobre quais os riscos socialmente aceitos passa por uma análise das relações de poder (de classe e de gênero) que perpassam, de modo específico, cada sociedade. Fazem uma crítica a visões simplistas que recortam as crenças e práticas sobre reprodução em dois modelos que se contrapõem: o modelo biomédico, em que o controle e o poder sobre a reprodução se retêm nas mãos dos médicos e um modelo 'natural', em que a mulher detém o controle e a autonomia sobre o processo.

O tema do nascimento domiciliar com acompanhamento por profissional treinado - seja parteira, obstetriz, obstetra ou médico de família - e com transferência rápida e eficaz para o hospital volta a ser discutido, hoje, como uma alternativa de parto à qual a mulher deveria ter direito, inclusive, por não representar um risco maior à sua saúde do que o parto hospitalar, em determinadas circunstâncias. (KITZINGER & DAVIS: 1978; SPRINGER: 1996; KITZINGER:1988; TEW: [1990]1995)

Esses estudos indicam que não são as evidências científicas, mas as construções sociais acerca dos riscos do nascimento domiciliar com acompanhamento de profissional de saúde, adequadamente treinado, é que levam este a qualificá-lo como perigoso.

A idéia de que o discurso sobre risco articula-se a uma determinada definição de nascimento e parto tem sido objeto de reflexão e pesquisa dentro da antropologia. Enquanto alguns autores têm-se dedicado a compreender a concepção patológica do parto, adotada pela biomedicina em determinado contexto social (MARTIN:1992; JORDAN:1993), e sua relação com o modelo de produção, outros autores têm procurado pontuar o processo de construção social dessa concepção (DAVIS-FLOYD:1992; DINIZ:1996; MELLO e SOUZA:1994).

O'NEIL & KAUFFERT (1993) têm contribuído para a análise de como, num contexto social específico, determinados discursos sobre risco (o epidemiológico, o clínico e o leigo) articulam-se a concepções conflitantes e competitivas em relação ao nascimento e parto.

Trata-se de um estudo sobre os conflitos entre os Inuit e as autoridades médicas e administrativas canadenses, acerca da política que havia sido adotada por estas últimas, de transferir as gestantes nas últimas semanas de gravidez para um hospital em uma cidade Canadense a muitos quilômetros de distância e acessível apenas mediante uso de transporte aéreo, para realizarem seus partos.

Como mostram os autores, os discursos sobre os riscos associados ao parto são manipulados simbolicamente para justificarem e legitimarem determinadas propostas de mudança do modelo de atenção ao parto.

Ao se confrontarem em assembleias realizadas com a finalidade de discutirem a política de transferência que estava sendo adotada, os médicos lançam mão de 'evidências' epidemiológicas, extraídas de estudos concernentes a contextos bem distintos, tratando essas evidências como 'verdades universais'. Também lançam mão de experiências clínicas em suas trajetórias profissionais para reiterarem os riscos em que se pode incorrer ao longo da evolução do trabalho de parto, explicitando a concepção patológica do parto, para defenderem a proposta de transferência das gestantes.

Por outro lado, os Inuit, falam de suas experiências com relação ao parto, em que reiteram nunca terem visto um parto resultar em morte, seja da mãe ou da criança, para manifestarem seu repúdio à política de transferência e explicitarem sua vontade de estarem assumindo as responsabilidades pelos riscos e permanecerem em sua terra durante o parto.

A manipulação simbólica de categorias de risco, como esse exemplo demonstra, remete-nos à análise das relações de poder que atravessam o campo da saúde. A análise do modo como diferentes concepções e práticas de saúde e doença se confrontam e se articulam nesse campo tem

procurado elucidar alguns aspectos do modo como nele se estabelecem, se reproduzem e/ou se contestam as relações de poder entre uma categoria e/ou camada social e outra (LOYOLA:1984; MONTERO:1985; RAMOS & MELO:1989;CANESQUI:1994)

Em relação ao parto, especificamente, Marsden WAGNER (1995) tem apontado uma tendência global de "caça às bruxas" em que, em nome dos 'riscos' que determinadas práticas alternativas envolveriam, busca-se eliminá-las. O autor mostra que, em vários países, a investigação de profissionais de saúde para acusá-los de 'práticas perigosas para a maternidade' são movidos por conselhos de medicina ou de companhia de seguros e, não, por pacientes. Segundo o autor,

"Essa caça-às-bruxas é parte de uma luta global pelo controle de serviços de assistência à maternidade, sendo as questões centrais por detrás desse processo dinheiro, poder, sexo e o exercício de escolhas" (1995:1020).

Cabe notar que, segundo JORDAN (1993), a tendência de os debates em torno das definições de parto, hoje, se fundamentarem freqüentemente em discussões em torno dos riscos que representam para a mãe e para o bebê, seria, em si, indicativo da hegemonia do discurso biomédico em relação ao parto.

A atual crise do modelo de atenção ao parto tem suscitado uma série de propostas, por vezes conflitantes e competitivas, de mudança, as quais têm-se voltado, entre outras coisas, para uma discussão em torno da atenção ao parto domiciliar (OLITTA: 1988; LAURENTI: 1993); criação de Casas de Parto; papel da assistência não-médica ao parto e sobre qual ou quais os profissionais que seria/m melhor qualificado/s para prestar/em essa atenção. (FAÚNDES & CECATTI: 1991; TANAKA:1995; OSAVA: 1997).

Partindo da perspectiva que define a reprodução, enquanto arena para a construção da cultura e de relações de poder (VAN HOLLEN:1994), consideramos pertinente a investigação das diferentes concepções de risco que emergem em meio à discussão do modelo de assistência à saúde reprodutiva oferecida pela Associação Comunitária Monte Azul, em particular, a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.



Uma análise dos discursos de distintos profissionais, de distintas corporações e de mulheres de distintas camadas sociais, empenhadas na defesa de diferentes propostas de atendimento ao parto, pode evidenciar a relevância dessa discussão acerca do papel instrumental da manipulação simbólica de noções de risco nas lutas políticas pelo controle dos serviços de maternidade em São Paulo.

#### 4.3.2. *A discussão acerca da 'maternidade segura' no contexto da modernidade reflexiva*

Podemos sugerir que as críticas feitas em relação ao modelo tecnocrático de parto (DAVIS-FLOYD:1992) e à organização social do parto hospitalar (MARTIN:1992), assim como as investigações epidemiológicas e estatísticas que apontam para os riscos à saúde materna e neonatal, decorrentes da introdução de novas tecnologias reprodutivas ou do uso abusivo de intervenções e de tecnologia na assistência ao parto (TEW: [1990]1995) situam-se num processo mais abrangente. Este envolve a sociedade industrial como um todo, e alguns autores têm analisado como a fase de 'modernização reflexiva', em que a sociedade industrial tornou-se um tema e um problema para si mesma (GIDDENS:1991; BECK et.al.:1996).

Para BECK (1996), as instabilidades e riscos provocados pelas novidades tecnológicas e organizacionais introduzidas na sociedade têm transformado o próprio processo de modernização em um problema. É sugestivo, nesse sentido, o próprio nome do documento da Organização Mundial de Saúde, de 1985, que aborda a questão do uso e abuso das tecnologias reprodutivas, "Tecnologia Apropriada para o Nascimento".

Isto é, uma das características dessa 'reflexividade', que seria a reflexão crítica e científica que se debruça sobre o próprio processo de modernização, no campo da saúde reprodutiva, tem levado à investigação e análise crítica das aplicações da tecnologia ao parto.

A produção recente da OMS situa-se dentro dessa perspectiva, quando procura, a partir de evidências científicas, normatizar os cuidados que devem cercar o parto normal e delimitar áreas em que é apropriado o uso de determinadas tecnologias.

O reconhecimento da importância da confiança da população nos 'sistemas peritos' e dos problemas decorrentes da falta de confiança, que caracteriza a relação da população com os serviços de atenção à saúde reprodutiva, transparece nos documentos recentes do Programa Maternidade Segura, como vimos na seção 4.2.

Podemos efetivamente identificar uma fase de 'modernidade' na história da obstetrícia, em que se deu o processo de hospitalização do parto e a construção da autoridade médica, tendo por base, entre outras coisas, a valorização e confiança ou fé no progresso científico e tecnológico. Foi nesse período em que se disseminou a concepção de que o parto hospitalar e sob cuidados de profissionais de saúde especializados (sistemas peritos) apresentava menos riscos à saúde da mulher e do bebê.

Porém, no atual período de modernidade reflexiva, passar-se-ia a questionar a idéia de que esse modelo de parto apresenta menos riscos e tem início o debate sobre o seu significado, do ponto de vista de direitos reprodutivos.

A OMS tem reconhecido e enfatizado a importância da avaliação leiga e do monitoramento de procedimentos obstétricos por leigos para melhorar a qualidade de atenção ao parto:

"Muitos estudos têm encontrado que profissionais de saúde freqüentemente tratam as mulheres de uma maneira insensível, não prestando a atenção adequada às suas preocupações e tratando-as de maneira rude, particularmente quando atrasam em seus retornos durante um tratamento ou não seguem os conselhos médicos. Entretanto, interações positivas entre as mulheres e os provedores de atenção à saúde levam os clientes a estabelecer confiança e a aquiescer a determinados aconselhamentos. A qualidade da atenção à saúde pode ser percebida de modo distinto por provedores e clientes, com os provedores ansiosos por assegurar um uso apropriado da tecnologia enquanto clientes estejam mais preocupados com o suporte social e as posições em relação ao parto. As duas abordagens precisam ser reconciliadas na busca pela qualidade de atenção" (WHO/WHO:1998:98.8)

Em vista disso, o mesmo documento recomenda:

"O estabelecimento ou fortalecimento de mecanismos de avaliação dos serviços incorporando tanto a perspectiva dos provedores como a dos clientes: Os serviços devem ser avaliados regularmente em relação à sua qualidade da perspectiva dos clientes. Os serviços vão ao encontro das necessidades das mulheres? Essas são bem tratadas? As mulheres tem acesso aos serviços? Os provedores precisam se sensibilizar para o valor de escutar as clientes, e precisam ser capazes de criar um ambiente em que essas se sentem apoiadas e no qual as clientes são suficientemente informadas, e se sentem confiantes e encorajadas para expressar suas opiniões" (WHO/WHO:1998:98.8)

Entretanto, no Brasil, pouco se tem feito no sentido de incorporar leigos no processo de avaliação da qualidade dos serviços de atenção ao parto e/ou de pesquisar as concepções de parto e nascimento entre as distintas camadas sociais, buscando adequar a assistência às demandas das diferentes clientela. Esperamos que este estudo venha a oferecer uma contribuição nesse sentido.

## **5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para caracterização do perfil da clientela, assim como da experiência de parto e nascimento nos serviços de atenção à gestação, parto e pós-parto da ACOMA e seus significados simbólicos para os diferentes participantes (especialistas e não especialistas) do processo, os métodos de pesquisa que foram utilizados são de duas modalidades: etnográfica e sócio-epidemiológica.

### **5.1 Pesquisa de campo etnográfica**

Para compreenderem processos sócio-culturais, antropólogos tendem a privilegiar métodos e técnicas qualitativas de coleta de dados. Como afirma Mariana K. L. Ferreira,

"O envolvimento direto em eventos da vida cotidiana em um cenário específico é a base da pesquisa de campo etnográfica.(...) Uma das abordagens fundamentais na antropologia é a observação participante, pois permite ao pesquisador observar a vida como ela está sendo vivenciada, e compreendê-la na medida do possível, a partir de sua interação com os sujeitos da pesquisa no campo e com o mínimo de interferência possível na vida e trabalho das pessoas sendo estudadas. Entrevistas informais, semi-estruturadas e entrevistas abertas constituem outros instrumentos de pesquisa utilizados pelo antropólogo. Entrevistas fornecem ao pesquisador informações sobre consistência (ou diversidade) de pontos de vistas sobre um tópico, podem contribuir para a definição de temas ou questões pertinentes, trazer à luz novas informações relacionadas às observações, ou introduzir novos dados. Entrevistas informais também permitem que se contemple a flexibilidade de informantes, tais como profissionais de saúde ocupados, para que possam ser entrevistados no tempo que tiverem disponíveis. Formas de entrevista informais, semi-estruturadas e abertas são freqüentemente preferíveis a instrumentos estruturados rigidamente, pois permitem ao sujeito responder em seus próprios termos e a partir de sua perspectiva, em consistência com os princípios acima enumerados." (FERREIRA:1994:1)

A presente pesquisa etnográfica comportou os seguintes desdobramentos:

- 1) *Observação participante de consultas de pré-natal e parto.* `A medida que o serviço de atendimento ao parto foi provisoriamente fechado, isto implicou uma re-estruturação do protocolo de pesquisa, pois limitou nosso acesso à observação de partos e consultas, basicamente, no período entre os meses de agosto de 1997 e março de 1998. Nessa fase da pesquisa, pudemos realizar observação participante de 7 partos da clientela de “usuárias do serviço”; de uma visita a uma “cliente particular”, que estava bem no início do trabalho de parto; de 4 visitas domiciliares pós-parto; e, de 132 consultas ambulatoriais, realizadas pela obstetritz Angela Gehrke da Silva, dentre elas, 105 consultas de pré-natal. Esse material foi utilizado, pois nos permitiu descrever aspectos relevantes dos procedimentos e das rotinas adotadas em cada um desses momentos. Ao mesmo tempo, tornou possível formular certas perguntas aos entrevistados a respeito do processo de parturição e do modo como nele se deu a participação de especialistas e de outros acompanhantes, o que não teria sido possível sem essa experiência. Tais perguntas permitiram aprofundar a caracterização da interação entre mulheres, especialistas e outros acompanhantes, assim como dos procedimentos e rotinas adotadas. Pudemos, ainda, observar mais 3 atendimentos ao parto, prestados por Angela Gehrke da Silva à sua clientela particular, em seus respectivos domicílios, entre abril de 1998 e março de 1999.
- 2) *Observação participante de atividades culturais e outras promovidas pela Associação Comunitária Monte Azul,* que nos permitiu acesso à interação entre seus membros e moradores da região, dentre estes, algumas das mulheres entrevistadas, fora do cenário clínico.
- 3) *Entrevistas informais, semi-estruturadas e abertas, algumas das quais gravadas, outras registradas em caderno de campo, com mulheres de camadas populares e médias que utilizam os serviços de atenção ao pré-natal, parto e/ou pós-parto da ACOMA,* em que buscamos explorar os significados de suas escolhas em relação à vida reprodutiva, os motivos

pelos quais optaram (ou não) por fazer seus partos 'fora do hospital' e com uma 'parteira diplomada' e, em termos mais gerais, o modo como dão significado à sua experiência de vida sexual e reprodutiva. Realizamos entrevistas gravadas com 19 mulheres - 4 de sua clientela de camadas médias e 15 de sua clientela de camadas populares. A partir da realização de entrevistas iniciais com 4 mulheres da clientela de "usuárias do serviço", que nos foram apresentadas por Angela Gehrke da Silva, a estratégia utilizada foi a de selecionar as demais mulheres a serem entrevistadas, de ambas as clientelas, a partir da população com a qual tivera contato anterior, durante o pré-natal ou durante o parto, no período entre agosto de 1997 e março de 1999. Em relação à clientela de camadas médias, cabe acrescentar que uma parcela era atendida na Casa de Partos e outra optava por fazer o parto domiciliar. No grupo de 15 mulheres das camadas populares, cujas entrevistas foram gravadas, incluímos 2 que haviam feito o pré-natal, mas nunca fizeram o parto com Angela, e mais 3 que fizeram o pré-natal em uma de suas gestações, mas não fizeram o parto com Angela, já que essas foram identificadas como trajetórias terapêuticas freqüentes nessa população.

Além das entrevistas acima mencionadas, realizamos, ainda, 3 entrevistas gravadas com companheiros de mulheres entrevistadas, sendo 2 membros da clientela de 'usuárias do serviço' e 1 membro de sua 'clientela particular'. Conversamos com as 10 mulheres, cujos partos acompanhamos - 7 'usuárias' e 3 'clientes particulares' - e, por vezes, com seus acompanhantes durante o trabalho de parto e pós-parto e fizemos anotações a respeito em caderno de campo. Além disso, procedemos a entrevistas abertas, sem gravação, com mais 5 mulheres da "clientela particular", cujo conteúdo foi objeto de anotações em caderno de campo.

Roteiro temático das entrevistas gravadas:

*Trajetórias de vida:* focalizamos o local de origem e de nascimento (domicílio ou hospital), tipo de parto, a chegada em São Paulo, trabalho, controle dos recursos econômicos, educação, e expectativas em relação ao futuro.

*História reprodutiva:* investigamos gravidezes, abortos, nascimentos, e suas conseqüências, do ponto de vista do trabalho, da saúde e da sexualidade.

*Trajetória terapêutica:* a narrativa dos diferentes serviços a que recorreu ao longo de suas gravidezes e partos, assim como suas expectativas e percepções a respeito desses serviços. Ao narrarmos as experiências de parturição e a peregrinação entre os serviços, foi possível, em alguns casos, identificar o modo como definições de parto e noções de risco "são vivenciados e re-significados, através de processos interativos concretos entre grupos e pessoas" (RABELO:1993). Além disso, a descrição do modo como vivenciara a interação com os diversos profissionais de saúde e instituições no percurso ao longo do processo reprodutivo, deu-nos acesso a uma avaliação dessas mulheres acerca desses serviços.

*Identidade enquanto mulheres e mães:* experiências corporais em relação à gravidez, parto, dor e prazer; experiências com relação ao sexo e casamento; noções acerca da maternidade e identidade feminina; expectativas em relação as atitudes masculinas.

- 4) *Entrevistas informais, semi-estruturadas e abertas, algumas das quais gravadas, com especialistas* (obstetrizes, enfermeiros(as), e médicos(as) e outros profissionais de saúde) que tiveram contato direto ou indireto



com a clientela dos serviços de atendimento de saúde reprodutiva da ACOMA :

- ❑ Membros da ACOMA, entre os quais, 4 funcionários do ambulatório, dois dos quais acompanharam e auxiliaram Angela no atendimento a alguns partos;
- ❑ Duas médicas e uma enfermeira-obstétrica que atenderam a mulheres transferidas da ACOMA para hospitais, tendo em vista complicações surgidas no processo de parturição;
- ❑ Uma profissional de saúde e formuladora de políticas de saúde reprodutiva, que trabalhara durante as décadas de '80 e '90 na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e que mantivera contato com o serviço de assistência ao pré-natal, parto e puerpério da ACOMA.

#### Temas explorados nessas entrevistas:

- ❑ Narrativa do processo de parturição, enfocando concepções acerca do corpo da mulher e do processo reprodutivo;
- ❑ Expectativas e papel desempenhado pelo especialista;
- ❑ Expectativas e impressões acerca do parto que acompanhou;
- ❑ Expectativas e impressões do serviço de atendimento ao parto do ACOMA.

#### Outras fontes utilizadas:

- 5) *Análise de filmes* sobre partos, em que Angela Gehrke da Silva prestou assistência: além de 3 filmes produzidos pela própria Angela, compilando o material documental disponível de cenas de partos, há também outros filmes disponíveis de partos ou atendimentos ao trabalho de parto e pós-parto de sua clientela particular (inclusive, 3 em que realizamos a

filmagem), além de 1 parto de filha de funcionária e moradora da favela Monte Azul;

6) *Análise documental:*

a) Há uma série de reportagens em jornais e revistas (ver, por exemplo, Anexo I), incluindo entrevistas com formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde e mulheres usuárias sobre esse serviço, e sobre o parto 'fora do hospital' de modo geral, que se constituíram em material de análise na dissertação. Constitui material riquíssimo sobre o modo como o mesmo é visto por diversos interlocutores. A associação feita entre o serviço da ACOMA e o parto realizado por parteiras tradicionais constitui, por exemplo, objeto de reflexão de fundamental importância.

b) Palestras e depoimentos – alguns dos quais foram gravados – em que o serviço de atendimento ao parto da ACOMA e, mais especificamente, o trabalho de Angela Gehrke da Silva foi enfocado:

➤ Palestras e participações em mesas redondas realizadas por Angela Gehrke da Silva :

- Encontro de Gestação e Parto Natural Consciente
- Workshop sobre Humanização do Parto promovido pelo GENP
- Curso de especialização em enfermagem obstétrica, realizado em 1998 pela Escola de Enfermagem da USP
- Dia Internacional de Saúde, 1998, cujo tema foi Maternidade Segura (mesa redonda promovida pelo Grupo de Estudos Nascimento e Parto -GENP)

➤ Palestra em homenagem à Angela Gehrke da Silva , proferida por Maria Luisa Riesco (2000) no dia da obstetriz e enfermeira obstétrica

- Palestra de Ruth Osawa sobre obstetrizes e enfermeiras obstétricas, proferida no Curso de especialização em enfermagem obstetrícia, realizado em 1998, na Escola de Enfermagem da USP
- Depoimentos de Ute Cremer e outros membros da Associação Comunitária Monte Azul sobre Angela Gehrke da Silva , por ocasião de homenagens a ela prestadas pela ACOMA.

c) Teses acadêmicas que abordam o serviço de atendimento ao pré-natal,

parto e pós-parto da ACOMA:

- OSAWA(1998)
- RIESCO(1999)
- FIGUEIREDO(1999)

d) Outros relatos escritos, alguns dos quais foram publicados, sobre o serviço de atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto da ACOMA:

- GEHRKE , Angela (ver documentos citados em inscrição para prêmio de Direitos Humanos da USP, em anexo, os quais ajudamos a compilar);
- ASCHERMAN, Leda M. “Carta de Apresentação” da candidata Angela Gehrke da Silva ao Prêmio USP de Direitos Humanos, 28/09/2000 (cópia gentilmente cedida por Maria Luisa Riesco);
- ASCHERMAN, Leda Maria “A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para assistência ao nascimento e parto.” in: Seminário Estadual sobre Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto, 1, Ribeirão Preto, EERP-USP, 1998. Pp.19-24;
- FERNANDES, Maria Betânia : entrevista com Angela Gehrke da Silva da Silva, realizada por Betânia Maria Fernandes, e gentilmente cedida, a ser publicada na revista Atenção Primária à Saúde, UFJF;

- Escola de Enfermagem USP ou (RIESCO, M.L. et. al) “Justificativa para a inscrição individual da candidata Angela Gehrke da Silva (in memoriam) ao Prêmio USP de Direitos Humanos”.
- e) Cartas redigidas por membros da 'clientela particular' de Angela Gehrke da Silva e que foram anexadas à solicitação, que tramitou no Ministério de Educação, reivindicando a revalidação de seu diploma de obstetriz;
- f) Legislação e outros documentos acerca da história da assistência não médica ao parto nesse século, os quais permitiram melhor compreender os conflitos de interesse e embates políticos que contribuíram para a construção social da autoridade profissional de Angela Gehrke da Silva e, posteriormente, para a sua desautorização.

Finalizando, em termos da análise do material da pesquisa de campo etnográfica, como já ressaltamos na introdução do trabalho, a parturição é vista como uma arena, na qual concepções e práticas conflitantes e competitivas, associadas a distintas noções de risco, confrontam-se e se articulam. Procuramos resgatar os valores culturais e as relações sociais de poder que se explicitam no processo reprodutivo entre os sujeitos sociais que participaram no estudo - mulheres usuárias dos serviços de assistência à saúde reprodutiva da ACOMA, que se diferencia de outros serviços dessa natureza, entre outras coisas, por lhes oferecer a possibilidade de realizar seus partos fora do hospital, e profissionais de saúde que tiveram contato direto ou indireto com a clientela desses serviços. Ao investigarmos os significados simbólicos associados ao parto e nascimento, buscamos identificar os riscos e perigos que os sujeitos sociais acima referidos priorizam. Ao enfocarmos a trajetória percorrida por mulheres em busca de assistência, procuramos resgatar sua “avaliação” dos diferentes serviços e propostas de atenção ao parto, com os quais mantiveram contato.

## **5.2 Pesquisa sócio-epidemiológica:**

A partir dos dados da Declaração de Nascidos Vivos (Ficha SINASC)<sup>51</sup>, buscamos traçar um perfil sócio-epidemiológico de mulheres que se submeteram ao parto nesse serviço durante 3 anos consecutivos - de março de 1995 a março de 1998. Ao lado dos dados relativos à vida reprodutiva da parturiente e das condições de nascimento da criança, foi possível discriminar a proporção de partos realizados na Casa de Parto e aqueles no domicílio, à medida que se tratava de um procedimento oferecido pelo serviço.

Não obstante a ACOMA se propor a prestar seus serviços prioritariamente a moradores das favelas Monte Azul e Peinha e do bairro Horizonte Azul, mas a eles não se circunscrever, foi possível a verificação da "área de influência" (UNGLERT:1994) dos serviços, assim como a distribuição das habitações das mulheres dentro dessa área, graças aos dados registrados em fichas de atendimento, referentes ao local de residência de cada parturiente. Consideramos importante essa caracterização, por fornecer elementos indicativos do reconhecimento da autoridade profissional de Angela Gehrke da Silva e alguns dos caminhos de disseminação da proposta de "parto fora do hospital" da ACOMA.

A presente pesquisa sócio-epidemiológica comportou, assim, os seguintes desdobramentos:

- 1) *Caracterização das parturientes e da gestação*, com base nas seguintes variáveis, constantes da ficha SINASC (MELLO JORGE et.al.:1992:45)
  - ❑ Grau de instrução
  - ❑ Local de residência
  - ❑ Idade
  - ❑ Paridade (nascidos vivos + nascidos mortos)

2) *Caracterização do parto:*

- Tipo de parto
- Local de parto

3) *Caracterização do recém-nascido:*

- Peso ao nascer
- Duração da gestação
- Apgar

Em termos da análise dos dados, consideramos relevante verificarmos as relações existentes entre características das gestações e das parturientes e as características dos recém-nascidos.

Ao levarmos em conta que a clientela dos serviços de saúde reprodutiva da ACOMA, por vezes realiza o pré-natal e parto no mesmo e, por vezes, realiza apenas o pré-natal, como já mencionamos anteriormente, a identificação dessas diferentes formas de utilização dos serviços foi relevante, do ponto de vista da pesquisa sócio-epidemiológica, pois que permitiu averiguar a proporção de mulheres que, conhecendo o serviço, optou por submeter-se ao parto fora do hospital.

Diante disso, a pesquisa sócio-epidemiológica envolveu, ao lado dos desdobramentos anteriores, um levantamento específico das fichas de pré-natal, no período de referência de abril de 1995 a março de 1998, com a intenção de verificar as diferentes formas de utilização dos serviços da ACOMA, acima relatadas, cotejando as fichas de pré-natal com as fichas SINASC.

Realizamos, também, um levantamento nos Livros de Parto do serviço, no período entre abril de 1995 e março de 1997, visando, também, a verificar as diferentes formas de utilização dos serviços da ACOMA, acima relatadas, quando cotejadas as fichas de pré-natal e as fichas SINASC com o relato do Livro de Parto; a descrição da rotina do atendimento de parto; o

---

<sup>51</sup>Ver a respeito no Anexo V.

relato e a quantificação dos motivos de transferência intraparto; e a descrição dos padrões de acompanhamento ao parto.

Nesse período, foram atendidas 369 mulheres. A partir da entrada, registrada no Livro de Parto, foram elaboradas fichas, contendo algumas das informações que julgamos mais relevantes. Incluímos apenas 24 dos 36 meses nesse levantamento, dado que o sexto e último Livro de Parto do Serviço, que cobria, inclusive, o período de observação de campo, não foi encontrado no Ambulatório e, tampouco, na Casa de Parto ou na casa da própria Angela Gehrke da Silva.

## 6. O CENÁRIO DA PESQUISA

### **6.1 A proposta de trabalho da Associação Comunitária Monte Azul - ACOMA**

A Associação Comunitária Monte Azul foi fundada em 1979, a partir da iniciativa de Ute Craemer, professora formada na pedagogia antroposófica Waldorf, que lecionava na Escola Rudolf Steiner no Alto da Boa Vista, Santo Amaro e morava próximo à favela Monte Azul. Segundo Cristina da Silva, que apresenta Crianças entre Luzes e Sombras. Anotações da professora Ute Craemer colhidas durante experiência pedagógica realizada na Favela Monte Azul, em São Paulo, livro de Ute Craemer, publicado primeiro na Alemanha e posteriormente traduzido e ampliado na versão brasileira, que teria motivado Angela Gehrke da Silva a vir para o Brasil<sup>52</sup> para trabalhar nesta associação:

"Aproximadamente há dezoito anos, Ute Craemer, professora Waldorf, recebia visitas de crianças de uma favela, que passavam por ali pedindo comida. Ela permitia que brincassem no quintal de sua casa e, aos poucos, mais e mais pequenos visitantes começaram a aparecer. Percebendo tanta assiduidade, Ute teve a idéia de convidar seus alunos da Escola Rudolf Steiner a virem fazer recreação, trabalhos manuais, teatro e outras atividades como o grupo de crianças faveladas. Seu objetivo era conseguir, por intermédio da convivência entre crianças de realidades diferentes, um intercâmbio sócio-cultural mais estreito. E o contato com pais e moradores da favela Monte Azul foi se dando de forma crescente.

Vendo que seu quintal já não comportava todos que ali passavam boa parte do dia, Ute recorreu a amigos que, identificando-se com as mesmas idéias, contribuíram com doações e horas de dedicação. Foi, então, fundada a Associação Comunitária Monte Azul, em 25 de janeiro de 1979, e construída a Escolinha (núcleo de complementação e reforço escolar) num terreno próximo à favela. O trabalho tornou-se gradativamente mais intenso e, com a ajuda financeira de particulares, convênio com a Prefeitura, doações de firmas e, especialmente, colaboração (em forma de trabalho) de pessoas de dentro e fora da favela, foi possível expandir o trabalho pedagógico a todas as faixas etárias, além de melhorias no aspecto físico da favela e cuidados com a saúde, para uma vida sócio-cultural mais efetiva." (CRAEMER:1995:13)

<sup>52</sup> A primeira versão do relato de Ute Craemer sobre o trabalho pedagógico desenvolvido na favela Monte Azul, através da qual Angela tomou contato com essa iniciativa, chamar-se-ia, em português, Criança de Favela e foi publicada na Alemanha em 1980.



A ACOMA é uma associação antroposófica que presta seus serviços, prioritariamente, a moradores das favelas Monte Azul e Peinha e do bairro Jardim Monte Azul, na zona sul de São Paulo. Trata-se de uma Organização Não-Governamental, com atuação nas áreas de educação, saúde e cultura e que, em 1997, assistia a 17.600 moradores da Favela Monte Azul, Favela Peinha e do bairro Horizonte Azul. Ela descreve sua 'missão' nos seguintes termos:

"Promover o amor ao ser humano independentemente da nacionalidade, raça, religião, posição política, condição social e física. Proporcionar oportunidades através da educação, cultura e saúde, principalmente, para que pessoas possam se desenvolver material, social e espiritualmente, capacitando-os para agir conscientemente." (KANITZ:1997:38)

É reconhecida como de utilidade pública em nível municipal, estadual e federal, tendo recebido diversos prêmios pelo seu trabalho, entre os quais se inclui o "Prêmio Bem Eficiente 97" (KANITZ & ASSOCIADOS:1997), concedido anualmente às 50 entidades filantrópicas do país consideradas mais eficientes.

Seus recursos advêm de doações particulares e de convênios com a Prefeitura Municipal de São Paulo, a Secretaria de Cultura do Estado de São Paulo, o SENAI, e a Fundação Abrinq.

O Ambulatório Médico e Dentário conta com o apoio financeiro da Associação Benificente Tobias, uma associação de medicina antroposófica, que se responsabiliza pelo pagamento dos médicos e parte da remuneração dos dentistas e terapeutas. Além disso, o ambulatório recebe medicamentos da Weleda do Brasil com 50% de desconto.

#### *6.1.1. A concepção antroposófica da proposta de trabalho da ACOMA*

Vamos tecer algumas considerações acerca da filosofia antroposófica, pois ela é norteadora da proposta de trabalho da ACOMA em todas as suas áreas de atuação, inclusive a saúde. Parece-nos relevante aprofundarmos o conhecimento dessa proposta e pesquisarmos o modo como ela é colocada em prática na atenção ao parto, pois ela tem desdobramentos em relação ao

modo como é concebida a saúde, doença e cura; a relação terapêutica, de modo geral; e, mais especificamente, o processo de nascimento e parto.

A Antroposofia significa Sabedoria do Homem, e é um movimento teosófico fundado em 1901, por Rudolf Steiner, filósofo e pedagogo austríaco que viveu entre 1861 e 1925. Trata-se de uma visão de mundo ou doutrina que se auto-denomina "ciência espiritual" e que se caracteriza pelo sincretismo religioso-filosófico, adotando elementos do cristianismo e do misticismo alemão.

Em 1956, com a fundação da primeira Escola Waldorf no Brasil, atualmente denominada Escola Rudolf Steiner de São Paulo, a Antroposofia passa a ter um centro de disseminação no país. A medicina antroposófica e seus medicamentos constituem, segundo FIGUEIREDO (1999), a área mais difundida dessa teosofia, atualmente, sendo institucionalizada no Brasil em 1959, com a criação da Clínica Tobias, em Cotia, São Paulo. Outras áreas em que a antroposofia é utilizada no Brasil incluem a agricultura, biodinâmica e arquitetura.

Um de seus preceitos básicos é que a 'entidade humana' é composta por quatro membros ou corpos, quais sejam, o 'eu' ou 'ego'; o corpo astral; o corpo etérico; e, o corpo físico.

O ego corresponderia ao centro do ser, o indivíduo. Ele é o elemento espiritual autônomo, que distingue o ser humano dos outros animais. É esse elemento que faculta ao homem a *liberdade* de escolher entre vários atos possíveis e que, portanto, possibilita (ou não) seu desenvolvimento moral. Eterno, o 'eu' ou ego é independente e alheio às características de seus outros corpos (físico, etérico e astral), que constituem veículos e invólucros provisórios de sua vida na terra.

O corpo físico é a base de sua existência material e existiria em todos os seres, orgânicos e inorgânicos.

O corpo etérico existiria apenas nos seres orgânicos e seria responsável por sua 'força vital', sendo um instrumento para o pensamento.

O corpo astral seria superior ao corpo etérico, dominando-o, e seria equivalente à alma . A alma teria uma 'aura' mais clara ou brilhante, conforme os sentimentos da pessoa fossem mais 'puros' e menos 'egoístas'.

Concepção que se considera 'evolucionista', a antroposofia afirma que mais importante que o desenvolvimento biológico, seria o aperfeiçoamento das faculdades anímicas, mentais e morais do ser humano. Lanz, um dos fundadores da Escola Rudolf Steiner de São Paulo e um dos principais disseminadores da Antroposofia no Brasil <sup>53</sup> afirma:

"A felicidade de uma vida deve-se medir pelo progresso do indivíduo no caminho da perfeição moral, e não pela soma das cobças satisfeitas ou pela ausência de desejos". (LANZ:1997:75)

Esse desenvolvimento anímico-espiritual pode ocorrer, até certa etapa, de forma inconsciente, dependendo apenas da forma como o 'eu' do indivíduo enfrenta os desafios que lhe são colocados em situações cármicas.

Essa noção é de fundamental importância para se compreender a proposta de trabalho da ACOMA em todas as suas áreas de atuação, pois implica que esta possa, a princípio, estar contribuindo para o desenvolvimento espiritual de seus funcionários, assim como de moradores que se beneficiam de seus serviços, sem que estes sejam antropósofos ou tenham qualquer conhecimento do que seja a antroposofia.

Ao mesmo tempo, a busca do 'aperfeiçoamento moral' se reveste de uma dimensão social, à medida que envolve um esforço coletivo para se criar uma sociedade mais justa que teria, por base, os princípios da fraternidade, igualdade e liberdade, aos quais Rudolf Steiner se refere como a "trimembração do organismo social" . Segundo Ute Craemer:

"Fraternidade, igualdade e liberdade podem ainda ser os grandes ideais da nossa época, proclamados pela primeira vez na Revolução Francesa. Essas idéias colocadas no seu devido lugar, dentro da sociedade, podem ser o germe para uma sociedade mais equilibrada e humana:

---

<sup>53</sup> Rudolf Lanz, membro da Sociedade Antroposófica desde 1940, foi fundador e membro do corpo docente da Escola Rudolf Steiner de São Paulo. Ele foi presidente da Associação Pedagógica Rudolf Steiner de 1959 a 1981, e da Sociedade Antroposófica no Brasil a partir de sua fundação em 1982. Um dos principais tradutores das obras de Rudolf Steiner, ele também escreveu e publicou diversas obras sobre a Pedagogia Waldorf e a Antroposofia em português.

a fraternidade na economia,  
a igualdade na vida social, jurídica e política  
a liberdade na vida espiritual" (CRAEMER:1989:25)

São esses princípios, segundo Ute Craemer, que norteiam o trabalho da ACOMA, que busca desenvolver a fraternidade na economia, através da organização do trabalho nas áreas de marcenaria, padaria e tecelagem em forma de cooperativas e estimulando o desenvolvimento de empresas autogeridas entre os moradores das favelas que freqüentam as oficinas nessas áreas.

A igualdade na vida social, jurídica e política é estimulada, tanto através das formas propostas de convívio e atuação nas várias frentes de trabalho realizadas pela associação, em que se procura garantir o respeito aos direitos humanos, como no princípio que rege a elaboração do sistema salarial:

"Na Monte Azul tentamos aproximar-nos o máximo do salário-necessidade, sem, no entanto, ter conseguido desvinculá-lo totalmente de critérios usados na sociedade (por exemplo: que o estudo influi na importância da remuneração)." (CRAEMER: 1989:28)

A liberdade na vida espiritual seria promovida através do trabalho educacional e cultural que se desenvolve nas várias frentes de atuação da associação, buscando garantir que esta não sofra intervenções do Estado quanto à sua proposta pedagógica. Além disso, a associação também colabora na promoção de outras entidades culturais e educacionais auto-administradas.

Para procurar colocar em prática esses princípios, visando a aprimorar o desenvolvimento espiritual humano, a antroposofia também sugere que se privilegiem determinadas frentes de atuação, como ocorre no trabalho desenvolvido pela ACOMA, vistas como os 'pilares da essência e da vida humana':

"Educação, saúde e agricultura são os três pilares da essência e da vida humana. A terra é, por assim dizer, a base de atuação do homem. Uma terra cultivada em harmonia com a Natureza cria a base para a nossa existência humana, em cujo âmbito a educação e a arte terapêutica nos ajudam a tornar-nos seres livres,

individual e socialmente criativos. (...) (dentre as iniciativas antropológicas no Brasil que datam de 1956 com a fundação da Escola Rudolf Steiner) o trabalho da ACOMA é tanto mais interessante à medida que, por um lado, associa os caminhos médicos, pedagógicos e sociais em seu contexto, e por outro procura levar os frutos da Antroposofia aonde os problemas da época mais se evidenciam: nas favelas.” (PINTO & BLAICH & CRAEMER:1990:19-20)

O trabalho realizado pela ACOMA, na área de saúde, contempla tanto uma dimensão 'preventiva', como uma dimensão 'curativa' a partir de uma análise que leva em consideração a influência de fatores sócio-econômicos e ambientais nas condições de saúde da população:

“É óbvio que o problema de saúde nas favelas é em grande parte consequência da ‘qualidade de vida’ imposta a seus moradores (moradia precária, ausência de saneamento básico, condições insalubres de trabalho, baixos salários, etc.) Conseqüentemente, o serviço de saúde não pode restringir-se a curar os doentes; tem de incluir uma parte preventiva, no sentido mais amplo” (PINTO & BLAICH & CRAEMER:1990:21-2)

As atividades realizadas nessa área são organizadas segundo os seguintes parâmetros:

Medidas para a promoção de saúde  
 Melhoria das condições de habitação, saneamento, alimentação e vestuário  
 Oferta de empregos  
 Melhoria da qualidade de vida  
 Trabalho ambulatorial

As medidas para a promoção de saúde referem-se a:

- Melhoria das condições de habitação (movimento por acesso à água potável e esgoto, coleta seletiva de lixo, mutirões para construção de muros de arrimo, alojamentos provisórios e melhorias sanitárias)
- Melhoria das condições de alimentação e vestuário (alimentação com produtos da agricultura bio-dinâmica para as cerca de 800 crianças atendidas no berçário, nas creches, nos jardins de infância e no centro de juventude; uma cooperativa alimentar; uma padaria; incentivo ao uso de “alimentos alternativos”, loja de roupas usadas a preços acessíveis)

- Oferta de emprego (há 120 funcionários trabalhando na ACOMA, 80% dos quais são moradores ou ex-moradores dos próprios núcleos, como mencionado acima)
- Melhoria da qualidade de vida (além do trabalho educacional realizado junto à população infanto-juvenil, há uma série de atividades abertas aos moradores, em geral, incluindo cursos de teatro, dança, música e artes plásticas e apresentações artísticas realizadas no Centro Cultural Monte Azul)

O trabalho ambulatorial é igualmente baseado na medicina antroposófica, concepção holística de medicina, que se propõe a atuar, tanto em nível da transformação física, como 'anímico-espiritual', para melhorar ou restaurar o estado de saúde do paciente, visto como individualidade e como membro de uma comunidade.

Assim como outras abordagens holísticas, a Antroposofia se distingue da alopatia pelo fato de tomar como objeto da sua terapêutica o *indivíduo doente* e não a generalidade da doença. Aproxima-se da Homeopatia porque ambas salientam a importância do discurso do paciente, solicitado a exprimir-se exaustivamente, para fazer a anamnese. No caso da medicina antroposófica, esse relato busca resgatar, entre outras coisas, aspectos da 'biografia humana' pois, segundo os preceitos de Rudolf Steiner, a evolução espiritual do ser humano se realiza segundo ciclos ou períodos de sete anos, os quais são marcados por determinadas crises.

A ênfase colocada por ambas as medicinas 'alternativas' na relação médico-paciente ou terapeuta - paciente, frisando a necessidade de se demonstrar empatia para com o paciente e de chegar a um diagnóstico e tratamento individualizado, é considerado por alguns autores como sendo, em parte, responsável pelo apelo que exercem (STARR:1982).

É interessante notar que, como em outras terapêuticas holísticas, a doença pode ser a manifestação física de uma desordem em nível espiritual (MONTERO:1985; LOYOLA:1984 e 1987; RABELO:1993). No caso específico da Antroposofia, segundo Rudolf Lanz, uma doença pode ser a explicitação de um:

"defeito da organização astral ou etérica, conseqüência de uma atitude moral e mental censurável; pode também ser uma 'prova', no sentido de um obstáculo que o homem deve vencer; pode ainda constituir um sacrifício". (LANZ: 1997: 75)

Como no caso da Homeopatia (LOYOLA:1987), a desordem espiritual que se manifesta por meio da doença é expressa em termos de um desequilíbrio:

"De uma forma geral e resumida, a Medicina Antroposófica, iniciada por Rudolf Steiner e Ita Wegman, procura ver o ser humano, no caso o paciente, de uma forma global, abrangente. Além dos sintomas físicos, fazemos uma anamnese da vida anímica, emocional, biográfica, traços da personalidade e temperamento. Essas e outras informações dão uma imagem de como esse indivíduo, esse eu espiritual se manifesta na alma, na vida psíquica e no físico-corpóreo.

Assim podemos atingir as causas reais dos desequilíbrios (doenças) e atuamos terapêuticamente a partir de medicamentos retirados dos reinos mineral, vegetal, e animal, além de outras terapias quando necessárias, como a Terapia Artística, Massagem Rítmica, Euritmia Curativa, Psicoterapia e orientação dietética entre outras.

Não excluimos os conhecimentos, meio diagnósticos e medicamentos da medicina acadêmica tradicional, mas além destes, procuramos ampliar nossa visão do ser humano-paciente, da sua doença e oferecer novas possibilidades terapêuticas." (Associação Brasileira de Medicina Antroposófica: 1994)

Nota-se que a Antroposofia não dispensa os conhecimentos e meios diagnósticos da Medicina Alopática, porém, afirma sua superioridade em relação àquela, à medida que se considera mais abrangente, atingindo as causas 'verdadeiras' dos problemas, explicitados por intermédio das doenças.

Nesse caso, como em outras terapêuticas holísticas, populares ou não, há um discurso sobre a complementaridade entre as competências diferenciais do campo espiritual e do campo material.

Nele, reconhece-se o lugar hegemônico da medicina, que reivindica para si um monopólio das funções curativas, e, nesse sentido, reitera-se sua autoridade cultural, isto é, a validade ou fé no conhecimento perito da medicina dita científica ou alopática. Ao mesmo tempo, afirma-se a

supremacia do campo espiritual<sup>54</sup>. Como assinala Paula Montero, ao se referir ao discurso umbandista, em relação à medicina universitária:

"O discurso das competências diferenciais é fundamental para neutralizar os conflitos subjacentes a essa 'disputa pelo mercado' . Mas o conflito está lá e se explicita cada vez que o adepto começa a falar sobre suas curas" MONTERO:1985:113)

Ao contrário das terapêuticas populares, as quais estabelecem uma relação de complementaridade com a medicina oficial, ao atribuir para si a resolução de problemas de ordem 'espiritual' e à medicina oficial a resolução de problemas de ordem 'material', a Antroposofia pretende resolver essa 'disputa pelo mercado' incorporando as duas competências. Entretanto, essa disputa não deixa de existir, pois a medicina universitária não reconhece a competência da antroposofia, como mostra a medida tomada, recentemente, pelo Conselho Federal de Medicina, proibindo os médicos de indicarem práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica, entre as quais, a medicina antroposófica.<sup>55</sup>

Um dos aspectos que nos chama a atenção em relação à concepção de saúde e doença da medicina antroposófica é sua forma de atendimento e sua proposta terapêutica, tal como interpretada na Associação Comunitária Monte Azul, o modo como se aproxima ora da Homeopatia, ora das terapêuticas populares, se partirmos da comparação feita por LOYOLA (1987) a respeito das semelhanças e diferenças entre essas duas abordagens holistas.

À semelhança da Homeopatia, encontramos no serviço de saúde antroposófico da Associação Comunitária Monte Azul uma prática de atendimento que se diferencia da medicina institucional e em consultório, por sua associação com a prática farmacêutica.

No caso da Homeopatia, essa 'prática associada', como a denomina Loyola, é uma tradição que data do final do século passado. Ela é, ainda,

---

<sup>54</sup> A respeito das concepções religiosas populares que atribuem à medicina oficial a competência para resolver problemas de ordem material ao mesmo tempo em que afirmam ser a causalidade última das doenças uma causalidade espiritual ver também ALMEIDA (1996).



bastante significativa entre médicos homeopatas, caracterizando-se pelo fato de estes atenderem em consultórios cedidos pelos farmacêuticos.

No caso do serviço de saúde da ACOMA, o que temos é uma farmácia antroposófica dentro do ambulatório. Ali se vendem, a preço de custo<sup>56</sup>, os medicamentos e outros produtos da Weleda, receitados por profissionais de saúde desse serviço.

Ao comparar as visões holísticas de saúde e doença das clientelas da homeopatia e da medicina popular, Loyola afirma que essas concepções se associam, em parte, à posição de classe de suas clientelas.

Assim, a clientela da medicina popular define saúde e doença a partir das categorias força/fraqueza física e emocional, porque está sujeita ao uso intenso do corpo, tanto do ponto de vista profissional como utilitário, como elemento imprescindível para sua subsistência.

A clientela de camadas médias da homeopatia, por outro lado, ao definir saúde a partir das categorias equilíbrio/desequilíbrio orgânico e emocional, estaria reproduzindo, no plano simbólico, a posição equilibrada/equilibrante que ocupa entre as camadas privilegiadas e as expropriadas.

Ambas as visões se aproximam, pela sua negação, do dualismo corpo X mente, objetivismo X subjetivismo que caracteriza a medicina oficial. Entretanto, os clientes da medicina popular trabalhariam sobretudo com as categorias espírito/matéria, negando a existência da doença mental. Os clientes da homeopatia, por outro lado, não tendem a mencionar a categoria de doença espiritual e trabalham mais com as categorias corpo/cabeça, fato que a autora associa ao "habitus"<sup>57</sup> dessa clientela:

"Quando levados a falar sobre o processo saúde/doença, eles (clientela da homeopatia) enfatizam, quase sempre, a importância

<sup>55</sup> A proibição consta de resolução do CFM publicada no dia 26 de agosto e noticiada na Folha de São Paulo em 5 de setembro de 1998. (Folha de São Paulo, seção 3 página 4, 5/09/98)

<sup>56</sup> Depoimento de uma funcionária do ambulatório da ACOMA, responsável pela farmácia, segundo a qual a Weleda também fornece os seus produtos para a ACOMA a preço de custo.

<sup>57</sup> LOYOLA se refere a conceito desenvolvido por Pierre Bourdieu em Le Sens Pratique e Esquisse d'une Théorie de la Pratique. Segundo este últimos, o habitus é "entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações" BOURDIEU: 1994:65). O habitus tende a orientar a ação, e a assegurar a reprodução das relações sociais que o engendraram a medida em que é produto destas mesmas.

da cabeça e a participação, por esta via, do próprio indivíduo naquele processo, num tipo de voluntarismo característico das camadas que se orientam fortemente por uma conduta de mobilidade. A "cabeça" pode significar um conjunto de sentimentos e disposições mais próximas do universo religioso ("pensamentos bons e elevados, espírito perdoador") ou do universo psicanalítico ("relaxamento", "equilíbrio psicológico", "mente produtiva" ) mas a centralidade dessa categoria, que quase nunca ou raramente é mencionada pela população de classe baixa, é que chama atenção na clientela da homeopatia (...) Tal representação está sem dúvida relacionada ao habitus da classe dessa clientela com esperanças de galgar posições na estrutura social, que extrai seus meios de subsistência menos do corpo - da força corporal - do que da cabeça, isto é, da capacidade de assimilar e utilizar atitudes, técnicas e conhecimentos, mais ou menos especializados, que são transmitidos e legitimados pela escola." (LOYOLA:1987:67)

Nesse sentido, é curioso o que ocorre com a Antroposofia, pois ela se aproxima menos da homeopatia e mais das terapêuticas populares, ao trabalhar, sobretudo, com as categorias espírito/matéria, corpo/alma, associadas às terapêuticas populares, e não com as de corpo/cabeça que são fundamentais na homeopatia e que, segundo Loyola, estariam associadas ao "habitus" das camadas médias. Talvez essa posição intermediária da Antroposofia - a de trabalhar com as categorias espírito/matéria, corpo/alma, associadas por Loyola ao "habitus" das camadas populares e, ao mesmo tempo, ao definir saúde, trabalhar com as categorias equilíbrio/desequilíbrio orgânico e emocional, as quais a autora associa ao "habitus" das camadas médias - suscite dúvidas quanto à própria associação, empreendida por Loyola, entre as categorias mencionadas e os "habitus" das respectivas camadas sociais. Por outro lado, talvez, essa posição intermediária que a medicina antroposófica ocupa, ajudaria a explicar o apelo que ela parece ter para um público tão diversificado, como o que encontramos entre usuários do ambulatório da ACOMA, particularmente em seu serviço de atenção à maternidade.

Outro aspecto da medicina antroposófica, que nos chama atenção, diz respeito à relação terapêutica, que é vista como um encontro ou situação cármica, que pode propiciar o desenvolvimento espiritual, não apenas do paciente, mas do terapeuta, também. Assim, o trabalho terapêutico se reveste de outro significado para o profissional, o que, talvez, também

contribua para a qualidade de atenção dispensada à clientela. Alias, esse aspecto do trabalho terapêutico se estende às outras áreas de atuação da ACOMA, à medida que, como vimos, todas buscam aprimorar o desenvolvimento espiritual humano.

Efetivamente, os fundadores da ACOMA acreditam que têm tido saldos positivos nesse sentido, ao longo dos anos. Podemos notar isso no modo como descrevem o trabalho ‘espiritual’, realizado junto à equipe do ambulatório:

"Além do trabalho visível e concreto, vem-se desenvolvendo aos poucos um corpo espiritual que permeia as atividades ambulatoriais; acreditamos que isso se deva, em grande parte, ao grupo de estudo semanal. Desse estudo participam todas as pessoas que trabalham diariamente no ambulatório (enfermeiras, médica, faxineira, parteira, responsável pela farmácia, voluntários) e são discutidos temas diversos, como saúde e doença, o ser humano, febre, a história de Parsifal (personagem da legendaria história do Rei Artur e os cavaleiros da Távola Redonda cuja atuação em prol de um ideal é bastante valorizada na Pedagogia Waldorf ), radioatividade, temperamentos, dinheiro, masculino e feminino, morte, etc. Respeitando-se a individualidade de cada um, os temas são abordados com uma linguagem acessível e compreensível a todos, o que se viabiliza por meio de imagens. A escolha do tema é feita pelos próprios participantes, e em todos eles tenta-se desenvolver um fio espiritual entre as pessoas através da forma de abordagem do tema. Vem crescendo aos poucos uma consciência de como não só a medicina, como também outras profissões e a própria visão da vida e da morte podem ser ampliadas pela Antroposofia. Respeitando o princípio da igualdade consegue-se, através desse estudo, promover o desenvolvimento de tal consciência em pessoas que teriam pouco ou nenhum acesso a essa visão espiritualista do homem. O grupo cresce como tal, e nisto reside uma força de atuação e transformação." (PINTO & BLAICH & CRAEMER:1990:26-7)

E o modo como descrevem a melhoria da qualidade de vida que tem resultado de seu trabalho é que os diferenciam dos serviços de saúde pública estatal:

"No decorrer dos anos tem-se mostrado evidente a melhoria do estado de saúde dos moradores, processo conseqüente à transformação física e animico-espiritual. Aliando a saúde pública ao trabalho ambulatorial como um todo, pretendemos aproximar-nos cada vez mais de uma forma mais global e adequada ao desenvolvimento da saúde da comunidade, sem negligenciar o todo nem o indivíduo.

A nosso ver, as repercussões desse trabalho de saúde nas favelas Monte Azul e Peinha vão além do resultado visível, que seria a

melhoria de saúde e da qualidade de vida. A procura mais consciente da medicina exercida no ambulatório é uma delas. Os pacientes se sentem tratados como uma *individualidade* doente, e não como uma doença a mais no meio de uma massa de doentes.

É levado a sério seu contexto de vida e procura-se na medida do possível, eliminar as raízes da doença (condições de moradia, desemprego, etc.)

É importante mencionar que tanto a forma mais humana e envolvida, a objetividade do tratamento ou do encaminhamento aos diversos serviços, hospitais, etc., bem como a eficiência das medidas terapêuticas criaram uma população em boa parte consciente e capaz de discernimento." (PINTO & BLAICH & CRAEMER:1990: 26)

Notamos, também, no discurso dos responsáveis pela Associação, uma explicação em relação à demanda pelo serviço. Sugerem que membros das camadas populares recorrem a esse serviço, não apenas em decorrência da falta de disponibilidade dos outros serviços de saúde a que teriam acesso na região (sejam estes públicos ou privados, conveniados ou não ao SUS); ou da má qualidade destes, mas também por causa de uma identificação ou adesão às concepções antroposóficas de corpo e de saúde/doença.

No que diz respeito à clientela dos serviços de assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, sujeitos da presente investigação, não foi possível averiguar, na maioria dos casos, seja entre usuários do serviço, seja entre sua clientela particular, uma adesão explícita às concepções antroposóficas, se for isto que entendermos por uma "procura mais consciente da medicina exercida no ambulatório". Pelo contrário, a maioria de nossos entrevistados, de ambas as clientelas e respectivas camadas sociais, não tinham tido qualquer contato prévio com a antroposofia ou conhecimento de seus preceitos, antes de freqüentarem o pré-natal e, tampouco, consideravam-se adeptos da antroposofia, após essa experiência. Poucos, aliás, procuraram outras modalidades de atenção no ambulatório depois dessa experiência. Por outro lado, se entendermos essa "procura mais consciente" como o reconhecimento de que, nesse serviço, os clientes são tratados como 'uma individualidade doente' e a percepção de que seu contexto de vida é levado

a sério no tratamento dispensado, então, talvez, possa afirmar-se que os sujeitos em pauta têm esse discernimento em relação ao serviço.

As explicações oferecidas pelos responsáveis pela associação, acerca do motivo da demanda, aproximam-se àquelas explicitadas por MONTERO (1985) e LOYOLA (1984) em relação aos motivos que levam os membros das classes populares a recorrerem a terapêuticas populares. Porém, Montero e Loyola acrescentam que a problemática da própria natureza do atendimento, enquanto expressão de relações de poder, também estaria presente nessa preferência pelas terapêuticas populares. Nestas últimas, seria possível haver uma maior identificação entre clientes e terapeutas, em função de sua origem social e econômica comum.

Ao descrever a forma como a relação médico-paciente é vista, em termos gerais, por umbandistas, isto é, adeptos de uma terapêutica religiosa popular, Montero demonstra, como mencionamos, que os profissionais de saúde não têm legitimidade perante sua clientela. Esta percebe sua relação com os profissionais de saúde como uma relação de poder, na qual a expectativa dos profissionais, na ótica da clientela, seria a de que esta se subordina, submetendo-se aos comandos daqueles.

Nesse sentido, pode-se dizer que, enquanto se reconhece uma esfera de competência na medicina alopática, conferindo-lhe legitimidade enquanto "autoridade cultural", a base de "autoridade social" dos profissionais de saúde, da perspectiva de seus clientes, não é, primordialmente a legitimidade e, sim a dependência, como a entende STARR(1982).

Evidentemente, no caso do serviço em pauta, os usuários de camadas populares, que constituem a maioria de seus clientes, não tinham a mesma origem social ou econômica que as obstetrizes que prestavam assistência, ficando mais difícil, portanto, o mesmo tipo de identificação entre terapeutas e clientes que encontramos nas terapêuticas populares. Cabe indagar, portanto, como esta questão da autoridade social médica é vista por usuários do serviço da ACOMA.

### 6.1.2. A concepção antroposófica do parto e nascimento

A Antroposofia concebe o nascimento como parte do primeiro ciclo de evolução da criança que se estende até os sete anos de idade. Nessa etapa inicial de desenvolvimento, o corpo físico se encontra 'acabado' e o corpo etérico, que ainda está intimamente ligado ao corpo físico, começa a se desenvolver, ao mesmo tempo em que consolida, estrutura e dota de funcionamento o corpo físico. O nascimento é como uma reencarnação e, portanto, fruto, até certo ponto, de uma escolha do 'eu'. Trata-se de uma situação cármica, um encontro e um desafio de fundamental importância a ser enfrentado na vida de um ser, de seus pais e dos outros participantes desse processo. Segundo Lanz:

"(..) para se desenvolver harmoniosamente, o corpo etérico deve receber certos impulsos; em caso da falta destes ou quando são prejudiciais, o corpo etérico não desenvolve harmoniosamente suas forças e funções."(LANZ:1997:80)

Podemos perceber essa concepção antroposófica dos significados do parto e do nascimento para as mães, o casal, o bebê, a parteira e a sociedade, no editorial do Boletim do GENP, redigido por Angela Gehrke da Silva e intitulado "Dar à luz normalmente":

"Para uma mulher, um parto normal é o momento mais intenso que ela irá vivenciar em toda sua vida. Conseguir dar à luz uma criança esperada por 9 meses, aguentar as contrações, acompanhar com seu próprio esforço o aumento da intensidade da dor, até o ponto em que ela se transforma numa alegria muito superior ao sofrimento anterior... tudo isso é uma vitória sem igual na vida dessa mulher. Muitas mulheres só se sentem 'verdadeiramente mulheres' e realizadas como tal após ter dado à luz.

Os partos normais são tão variados como as crianças que nascem. Se ninguém interferir no processo (que é adequado em 90% dos casos), na hora do parto a natureza se manifesta com toda a sua sabedoria. Para o casal, um parto normal vivenciado junto é um momento de muita união, que gera um profundo respeito e carinho do homem pela mulher. Para o nenê, a passagem pelo canal estreito da vagina é uma vivência fundamental para seu desenvolvimento emocional, afetivo, e sexual. Em sua vida, nunca mais existirá um contato físico tão intenso com outra pessoa.

Vencer obstáculos que nos são proporcionados pela vida gera grandes forças interiores, em qualquer momento da vida, e com certeza estas são geradas de maneira muito especial na hora do parto. Imaginando que para o nenê a passagem de um ambiente de total proteção para um mundo desconhecido é muito dolorosa, nós deveríamos tentar de tudo para que essa passagem seja por via normal e de maneira a mais suave possível, sem traumas, sem agressões, e sem que o nenê seja separado de sua mãe. Assim, ele apreende a confiar, e essa semente de confiança lhe fará bem para bem para toda sua vida.

Para nós, parteiras, acompanhar um parto normal é um trabalho muito gratificante. Ele exige um conhecimento profundo, muita dedicação e paciência, mas nos permite participar desse momento tão único de outras pessoas de uma forma muito próxima. Quanto mais longa e dura se torna a jornada do trabalho de parto, mais íntima fica a relação do casal com a parteira e maior a alegria e a satisfação depois de tudo ter dado certo.

O futuro da humanidade são as crianças, e quanto mais oportunidades nós lhe oferecemos para que nasçam sem traumas, com muita confiança, mais colaboramos para que esse futuro seja melhor.”<sup>58</sup> (GEHRKE DA SILVA:1997)

Embora nosso principal interesse nesta seção seja o de discutir a associação entre a proposta do serviço em pauta e os princípios antropológicos, cabe tecer alguns comentários acerca da aproximação entre o discurso acima e o ideário de "casal grávido". Segundo Tania Salém, o fenômeno do "casal grávido", tal como este vem sendo denominado internacionalmente, tem por referente sociológico as camadas médias urbanas ditas modernas e:

"denota, em primeiro lugar, a prescrição de uma intensa participação e envolvimento masculinos no decorrer da gestação, do mesmo modo que a presença do pai da criança no instante do nascimento é afirmada como condição *sine qua non*. Gravidez e parto são, em suma, concebidos como experiências que, mais do que dizendo respeito à parentela mais ampla, concernem ao casal, devendo, nessa medida, ser partilhadas 'a dois' . A segunda característica distintiva do 'casal grávido' reporta para seu intuito de realizar o parto da maneira mais 'natural' possível, vale dizer com um mínimo de interferência médica. Mas alega-se que, para efetuar-lo, a mulher deve ser treinada com base em exercícios físicos especiais e que ambos os parceiros devem 'prepara-se psicologicamente' para o evento. Decorre daí que o que o 'casal grávido' se vê atrelado não só a obstetras que, como ele, se declaram críticos do sistema médico dominante, como também a profissionais do corpo e a psicólogos. A participação em grupos de preparação pré-natal, coordenados por

---

<sup>58</sup> GEHRKE DA SILVA, Angela "Dar à luz normalmente", Editorial em Notas sobre Nascimento e Parto, v.2, No.3,p.1,1997.

esses diferentes especialistas, constitui outro traço marcante do objeto em pauta." (SALEM: 1989:24)

Este ideário, segundo a autora, teria por bases três princípios estruturantes os quais, por sua vez, seriam elementos constitutivos da ordem social e ideologia individualista que caracterizaria a moderna sociedade ocidental. Os três princípios estruturantes do 'casal grávido' seriam (1) o da psicogenicidade - que se refere a uma tendência à individualização, interiorização e privatização de cada um dos cônjuges e do casal *vis-a-vis*, as suas respectivas famílias de origem e a sociedade como um todo; (2) o da igualdade - que se refere a uma oposição à englobamentos e a ordenamentos hierárquicos e uma valorização da indiferenciação em relação aos papéis conjugais e do estabelecimento de relações de reciprocidade igualitárias, isto é, pautadas por uma complementaridade simétrica; (3) o da mudança - que se refere a um movimento de auto-aperfeiçoamento e de libertação.

Nota-se que os três princípios estruturantes do ideário do 'casal grávido' são compatíveis, embora não completamente coincidentes em seus significados, com o ideário da antroposofia. O desenvolvimento espiritual na antroposofia é um movimento de auto-aperfeiçoamento e de libertação, que contempla uma dimensão social ausente no ideário do 'casal grávido', porém também envolve uma interiorização.

Ademais, Angela se refere ao parto, no editorial acima citado, como uma experiência concernente, primordialmente, ao casal que deve ser compartilhada por estes e que teria um potencial transformador, levando a um aperfeiçoamento da relação entre os cônjuges, o que coincide com a primeira prescrição do 'casal grávido'. Entretanto, enquanto que neste ideário, a presença do pai da criança no instante do nascimento é afirmada como condição *sine qua non*, na prática obstétrica de Angela Gehrke da Silva, isto não ocorria. Embora encorajasse a presença do pai, Angela convidava as mulheres a virem acompanhadas pelas pessoas de sua escolha nesse evento, o que sugere que talvez respeitasse o direito à liberdade de suas clientes, pelo menos neste aspecto particular do parto, de



expressão de valores sociais e culturais diferentes do que os seus, o que também está em consonância com o ideário individualista- igualitário e com o ideário antroposófico.

Percebe-se, nesse depoimento, que o discurso de Angela Gehrke da Silva sobre o parto e nascimento inscreve-se de maneira explícita na perspectiva antroposófica. Esta caracteriza-se por entender, sobretudo o parto vaginal, como um desafio para a mulher, a criança e o profissional que presta a assistência, à medida que envolve a superação de obstáculos, podendo constituir-se em experiência transformadora para todos os envolvidos e, particularmente, para o desenvolvimento futuro da criança, por transmitir-lhe segurança e confiança.

Ademais, por se tratar de uma situação cármica, de fundamental importância para o desenvolvimento harmonioso do corpo etérico, segundo os preceitos da antroposofia, a intervenção desnecessária neste processo pode ser prejudicial ao desenvolvimento espiritual do ser nascente.

Segundo Erwin Rondon, gineco-obstetra antroposófico, que estagiou por dois anos em hospitais antroposóficos na Alemanha e trabalhou durante muitos anos no ambulatório da ACOMA, a antroposofia

"Vê o homem como um ser dotado de individualidade própria, cujos direitos e dignidade começam antes do seu nascimento. Interferir arbitrariamente no parto, sem razões de ordem médica, mas para comodidade do obstetra ou dos pais, é ferir essa dignidade e esses direitos"<sup>59</sup>.

A adesão de Angela a essa concepção de que, na maioria dos casos, não é apropriado e não se deve intervir no processo de parto é afirmada no editorial do GENP acima citado. Nota-se, ademais, uma valorização da 'natureza', o que, aliás, também aparece no ideário do 'casal grávido, mas que no seu discurso, se transforma em entidade ou essência e é dotada de sabedoria, " Se ninguém interferir no processo ( que é adequado em 90% dos casos ), na hora do parto a natureza se manifesta em toda sua sabedoria".

---

<sup>59</sup> Entrevista concedida à Isabel Vieira em reportagem intitulada, "Nascer em Casa" da Revista CLAUDIA No 365 de Fevereiro de 1992, p. 96.

Essa valorização do natural e naturalização do parto, como fenômeno que propicia o desenvolvimento interior - psíquico e espiritual - da mulher, transparece nessa e em outras falas de Angela, como por exemplo, quando afirma em entrevista para o jornal O Povo de Fortaleza, "O parto é um momento especial para a mulher e deve ocorrer da forma mais natural possível."

Ademais, há nos discursos de Erwin e Angela, expoentes de uma concepção antropológica de parto e de uma proposta de parto fora do hospital, oferecida pelo serviço ambulatorial da ACOMA, onde ambos trabalhavam, muitas vezes em parceria, uma contraposição entre o 'natural' e o 'tecnológico'. Angela critica o modo como se realiza o parto em hospitais tradicionais, em que o mesmo é tratado como "um acontecimento médico, com o bebê 'parecendo um objeto cirúrgico' a ser extraído"<sup>60</sup>

Alguns elementos do ideário antropológico, acima apresentado, encontram-se no "modelo holístico" do parto, e se contrapõem ao "modelo tecnocrático", tal como caracterizados por DAVIS-FLOYD, os quais discutimos na seção 4.1. Assim, por exemplo, em contraposição à noção "tecnocrática" de que 'o corpo é separado do ser', temos aqui uma noção "holística", segundo a qual "Ser e corpo são um e o corpo é um organismo intimamente interconectado com a mente e o meio ambiente'.

Enquanto que, no "modelo tecnocrático", 'o parto e nascimento são processos mecânicos', no ideário antropológico, assim como no "modelo holístico", o parto e nascimento são retratados como 'um trabalho árduo que a mulher realiza' e 'a dor é parte integrante da experiência do trabalho de parto. Eliminar essa parte interfere com o todo sistêmico'.

Enquanto no "modelo tecnocrático", 'a tecnologia é melhor do que a natureza, que não é confiável', na concepção antropológica 'a natureza é melhor e pode-se confiar nela. A tecnologia deve prestar apoio mas não deve interferir'.<sup>61</sup>

Davis-Floyd afirma que, além de contrastantes, esses modelos são mutuamente excludentes. Ao mesmo tempo, a autora menciona que,

<sup>60</sup> "Nascer sem medo" p. 61 em Revista PLANETA, Edição 252, Ano 21 - No 9, Setembro de 1993, pp. 60-63.

<sup>61</sup> Ver seção 4.1 e DAVIS-FLOYD:1994:1136).

segundo Michel Odent, considerado uma das maiores lideranças e expoentes do movimento de parto e nascimento holístico, estaria havendo uma aproximação entre o 'modelo holístico' e a 'ciência' com o surgimento de nova tendência dentro da Obstetrícia ocidental, representado pela 'medicina baseada em evidência'. Esta aproximação entre o "modelo holístico" e um novo "modelo científico" do parto consubstancia-se no princípio, defendido em ambos os modelos, de que a fisiologia do trabalho de parto e parto deve ser respeitada, a não ser que haja alguma razão válida para interferir. Este princípio e este novo 'modelo científico' norteiam as Recomendações da Organização Mundial de Saúde em relação ao parto normal em seu programa Maternidade Segura. Segundo Assistência ao Parto Normal: um guia prático, da OMS:

"O objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de interferência compatível com a segurança. Esta abordagem implica em: No parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural" (WHO:1996: 4)

Essa aproximação entre o ideário holístico e o ideário da medicina baseada em evidências, no campo da obstetrícia, ajuda-nos a compreender por que proponentes de distintos ideários holísticos no Brasil, inclusive Angela Gehrke da Silva, uniram-se com profissionais de saúde, que não partilham desse ideário, em torno de um movimento pela humanização do parto, tema este desenvolvido, em profundidade, por DINIZ (2001) e TORNQUIST (2001).

Entretanto, se em nível de seus ideários o "modelo tecnocrático" e o "modelo holístico" aparentam ser 'sistêmicos' e mutuamente excludentes, há de se interrogar se, em nível da prática obstétrica daqueles que se identificam com um ou outro ideário, essa dualidade exclusiva se mantém.

Não é esse o objetivo de nosso trabalho. Queremos apenas indicar aqui que, em sua prática obstétrica, Angela Gehrke da Silva, por vezes, afastava-se do ideário holístico antroposófico.

Embora defendesse, por princípio, o parto 'natural', isto é, a noção de que não seria apropriado, na maioria dos casos, interferir nesse processo,

Angela recorria, em seus atendimentos, à utilização de ocitocina, agente farmacológico usado para 'corrigir a dinâmica do trabalho de parto', isto é, acelerá-lo. A administração intramuscular de ocitocina e/ou sua administração por meio de uma infusão intravenosa foi por nós observada em quatro, dos sete partos em que estivemos presentes, e constatamos, em nossas entrevistas, que se tratava de uma prática freqüente. Segundo as recomendações do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal da OMS (WHO:1996),

com relação a infusão intravenosa de ocitocina:

"(...) não há indícios que a prevenção do trabalho de parto prolongado por meio do uso liberal da ocitocina no trabalho de parto normal seja benéfica. *É justo perguntar se o trabalho de parto com correção de dinâmica pela infusão de ocitocina ainda pode ser considerado normal.* Em muitos locais, a infusão de ocitocina somente é feita em ambiente hospitalar, sob a responsabilidade do obstetra. *Esta é uma precaução razoável, dada a natureza imprevisível do trabalho de parto manejado artificialmente.* Em regra geral a ocitocina somente deveria ser usada para corrigir a dinâmica do trabalho de parto em instituições onde houver acesso imediato à cesariana, caso ela seja necessária. A necessidade de correção de dinâmica é considerada uma indicação para o encaminhamento a serviços obstétricos com capacidade cirúrgica. " (WHO:1996: 23 - itálicos nossos)

Com relação a administração intramuscular de ocitocina:

"O uso de qualquer ocitócito intramuscular antes do parto da criança geralmente é considerado perigoso, porque a dosagem não pode ser adaptada ao grau de atividade uterina. Pode leva à hiperestimulação e é perigosa para o feto. Um aumento na incidência de ruptura uterina, com sequelas graves decorrentes, também foi relacionada a esta prática" (WHO:1996:24)

Não nos cabe avaliar a competência de Angela na indicação e manejo do uso desse produto farmacológico, embora as recomendações acima, talvez, indiquem que sua prática obstétrica não fosse norteadas pelos mesmos critérios ou prioridades de risco. Ao nos referirmos às recomendações acima, entretanto, quisemos, sobretudo, indicar que o uso de ocitocina é uma interferência no trabalho de parto e seus benefícios são questionados pelas evidências científicas, sendo considerada 'claramente prejudicial ou ineficaz' em determinadas circunstâncias. Como afirma o texto

citado, alguns autores questionam se o trabalho de parto em que este produto é administrado - denominado "trabalho de parto manejado artificialmente" - pode ser considerado 'normal'.

A ruptura artificial da bolsa das águas ou saco amniótico, também denominado de amniotomia, era uma prática freqüente durante o trabalho de parto no ambulatório e na Casa de Partos do ACOMA, durante o período de estudo. Angela realizou a amniotomia em todos os casos observados, em que suas clientes chegaram em trabalho de parto com a bolsa íntegra. Segundo seu depoimento, rompia a bolsa apenas quando o trabalho de parto estava em estágio mais avançado, com mais de 5 cm. de dilatação. Constatamos, em entrevistas, que era freqüente a amniotomia na rotina do serviço em pauta. A amniotomia é uma intervenção que tem, por intuito, acelerar o trabalho de parto.

Segundo as recomendações do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal da OMS (1996):

"Não é possível concluir que a amniotomia precoce apresenta uma vantagem clara em relação ao manejo expectante, ou o inverso. Portanto, no trabalho de parto normal deveria haver um motivo válido para interferir com o momento espontâneo de ruptura das membranas." (WHO: 1996:23)

A administração freqüente, ou rotineira, de ocitocina e a amniotomia não nos parece estarem de acordo com o ideário do "modelo holístico", particularmente com o princípio da não interferência e a noção de 'parto natural'. Aliás, a administração freqüente ou rotineira de ocitocina, também encontrada em outros serviços paulistanos, que comungam, em princípio, do ideário da humanização e do 'novo modelo científico' (DINIZ:2001), é uma prática associada ao "modelo tecnocrático", coerente com a noção de que 'A tecnologia é melhor do que a natureza, que não é confiável'.

Ao apontarmos para esses aspectos da rotina do serviço em pauta, nosso intuito foi o de mostrar que, embora um conjunto de elementos de seu ideário antropológico possa ser considerado 'holístico', na prática, o serviço apresenta certas características que se aproximam do "modelo tecnocrático". Neste caso, portanto, os modelos "holístico" e "tecnocrático"

não se apresentam como mutuamente excludentes, ao contrário do que sugere Robbie Davis-Floyd. Essa observação nos leva a concordar com Cecília VAN HOLLEN (1994), quando afirma que há, na verdade, uma grande variedade de definições e experiências de parturição, dentro de uma mesma cultura, mesmo que o modelo tecnocrático seja dominante. Cabe indagar, ao mesmo tempo, se uma das características da dominação deste "modelo tecnocrático" que adquire características peculiares em cada contexto cultural, não seja que alguns de seus elementos tendem a se fazer presentes em outras experiências de parturição.

#### *6.1.3. O serviço de atendimento ao pré-natal, parto e pós parto no ambulatório da ACOMA*

Segundo os relatórios anuais da ACOMA, a procura do ambulatório é grande e atrai, também, a população ao redor; pacientes vêm, inclusive, de outros estados (Piauí, Minas Gerais, etc.) Há, também, um tipo de 'convênio' entre o ambulatório e uma outra entidade social ("Turma da Touca"), o qual possibilita aos funcionários desta tratarem-se com a medicina ampliada pela Antroposofia.

Em 1996, havia uma média de 1400 atendimentos, realizados mensalmente no ambulatório, somando-se aqueles da parteira, das equipes de médicos, de dentistas, de enfermagem, da fisioterapeuta, da psicóloga e da terapeuta artística.

Particularmente, no que diz respeito à assistência prestada à gestante, o serviço se propõe a oferecer um parto "humanizado", em conformidade com a linha antroposófica de medicina, prioritariamente à população de baixa renda que frequenta o ambulatório, buscando, assim, diferenciar-se de outros serviços de atendimento ao parto, disponíveis a essa população.

É importante frisar que sua população alvo tem sido prioritariamente aquela constituída por pessoas de baixa renda e que vive nos bairros, anteriormente mencionados; entretanto, sua clientela tem se expandido para

muito além desses limites, como pode ser constatado na seção mais adiante. Podemos notar que a demanda pelos serviços de atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto, a cargo da parteira diplomada Angela Gehrke da Silva, era particularmente grande:

Atendimento no ambulatório médico (médias mensais) em 1996<sup>62</sup>:

Consultas médicas:	260
Pré e pós natal:	300
Dentista:	120
Enfermagem:	400
Massagem:	32
Quirofonética:	60
Psicologia:	30

Destaque é dado ao trabalho de Angela no relatório da Associação, acima citada:

"De suma importância é o trabalho da parteira alemã Angela Gehrke da Silva da Silva, que acompanha as gestantes em todas as fases do pré-natal e do próprio parto natural, fazendo com que este momento tão importante para a vida do bebê e também para os pais, se torna um momento inesquecível de respeito pela vida e pelo ser humano" (ACOMA:1997)

O serviço de atendimento ao pré-natal, ao parto e ao puerpério do ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul é o único de que temos conhecimento no município de São Paulo, que esteve, até recentemente, sob a responsabilidade de uma parteira ou obstetriz profissional. Constitui, também, o único serviço dessa natureza que oferecia, até há pouco, a possibilidade de realizar um parto fora do hospital a mulheres das camadas populares urbanas de São Paulo. Os moradores de duas favelas e um bairro popular na região sul de São Paulo, com renda familiar de 0 a 4 salários mínimos, constituem a população alvo do trabalho da ACOMA.

---

<sup>62</sup> ACOMA, "Projeto: Saúde do Nascimento à Terceira Idade", 1997.

## **6.2 Distribuição sócio - espacial da clientela**

Situados à Rua Vitalina Grassman, no Jardim Monte Azul, o Ambulatório e a Casa de Parto da ACOMA têm, por objetivo, prestar serviços de saúde, prioritariamente, a moradores das favelas Monte Azul e Peinha e do bairro Jardim Monte Azul. Entretanto, o levantamento realizado dos endereços das usuárias do serviço de atenção ao parto<sup>63</sup> mostra que, no período de estudo, isto é, entre abril de 1995 e março de 1998, parcela significativa delas residia em outros bairros, distritos, regiões e algumas, até em outros municípios.

Dos 564 participantes de nossa população de estudo, pudemos localizar o endereço das mulheres atendidas, incluindo o distrito administrativo, quando se tratava de residências no município de São Paulo, em 537 dos casos, correspondentes a 95,2% do total<sup>64</sup>. Dentre essas, como podemos observar na Tabela 1, 504, ou seja, 93,9%, moravam no município de São Paulo (SP), quando de seu atendimento por esse Serviço, enquanto 33 mulheres, isto é, 6,1% daquelas, cujo local de residência tinha sido identificado, moravam em outro município da Grande São Paulo.

---

<sup>63</sup> Como indicamos no capítulo 5 de Procedimentos Metodológicos, as fontes de informações acerca do local de residência da mãe são as Declaração de Nascidos Vivos (SINASC) e as fichas de pré-natal.

<sup>64</sup> Há um total de 27 casos (do total de 564), representando 4,8 % das mulheres que utilizaram o serviço de atendimento ao pré-natal e/ou parto da ACOMA durante os 36 meses que compõem o período de estudo, em que não pudemos localizar o distrito e/ou município de residência da mãe, seja porque não havia informações disponíveis a esse respeito (21 casos) seja porque não foi possível localizar o endereço, tal com anotado na Declaração de Nascimento ou na ficha pré-natal, no guia (6 casos).



Tabela 1: Distribuição das mulheres atendidas pelo serviço de atenção ao parto da ACOMA entre abril de 1995 e março de 1998, segundo município de residência.

<b>Município de residência</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
São Paulo	504	93,9
Embu	10	1,9
Taboão da Serra	6	1,1
Itapecerica da Serra	5	0,9
Cotia	3	0,5
Santo André	3	0,5
Guarulhos	2	0,4
Barueri	1	0,2
Jundiaí	1	0,2
Mogi das Cruzes	1	0,2
Ribeirão Pires	1	0,2
<b>Total</b>	<b>537</b>	<b>100,0</b>

Entre as habitantes do município de São Paulo, apenas 115, isto é, 22,8%, moravam no bairro e nas favelas que eram alvo prioritário de atuação da ACOMA. Somando-se a estas as usuárias que residiam, à época, em outros bairros que circundavam o serviço - Vila das Belezas e Jardim Santo Antônio - encontramos um total de 152 pessoas, 30,2 % de usuárias residentes no município de São Paulo.

Considerando-se o distrito administrativo, como unidade de análise, área bem maior, do ponto de vista geográfico, e mais abrangente do que aquela que os serviços ambulatoriais de saúde da ACOMA pretendiam priorizar em seu atendimento, constatamos que 276 mulheres, isto é, 54,8% das usuárias residentes no município de São Paulo, moravam no Jardim São Luís, distrito em que se localiza o serviço.

Assim, como podemos verificar na Tabela 2, abaixo, e no Cartograma 1, a seguir, a área de influência desse serviço era efetivamente bastante ampla, excedendo, em muito, sua área de abrangência, conforme conceitos usados por UNGLERT (1990).

Tabela 2: Distribuição das mulheres atendidas pelo serviço de atenção ao parto da ACOMA entre abril de 1995 e março de 1998, habitantes no município de São Paulo, segundo distrito de residência e região do MSP.

DISTRITO	No	%	REGIÃO
JD. SÃO LUÍS	276	54,8	SUL
VL. ANDRADE	75	14,9	SUL
CAPÃO REDONDO	53	10,5	SUL
JD. ANGELA	29	5,8	SUL
CAMPO LIMPO	28	5,2	SUL
CIDADE ADEMAR	3	0,6	SUL
PARELHEIROS	3	0,6	SUL
CIDADE DUTRA	1	0,2	SUL
SOCORRO	1	0,2	SUL
CAMPO GRANDE	3	0,6	SUL
ITAÍM BIBI	2	0,4	SUL
SANTO AMARO	3	0,6	SUL
CAMPO BELO	1	0,2	SUL
MOEMA	1	0,2	SUL
SAÚDE	1	0,2	SUL
VL. MARIANA	3	0,6	SUL
RAPOSO TAVARES	1	0,2	OESTE
VL. SONIA	3	0,6	OESTE
BUTANTÃ	5	1	OESTE
PINHEIROS	1	0,2	OESTE
A. DE PINHEIROS	1	0,2	OESTE
LIBERDADE	1	0,2	CENTRAL
CONSOLAÇÃO	3	0,6	CENTRAL
SANTA CECÍLIA	2	0,4	CENTRAL
BELA VISTA	1	0,2	CENTRAL
JD. PAULISTA	1	0,2	CENTRAL
SAPOPEMBA	1	0,2	LESTE
JARAGUÁ	1	0,2	NORTE
TOTAL	504	100,0	

Havia, entre as usuárias, uma grande diversidade de locais de residência. Estes abrangeram 27 distritos do município de São Paulo, além daquele em que o serviço se localiza, e 10 outros municípios da Região Metropolitana. Notamos que, *strictu sensu*, a conveniência da proximidade física e geográfica do serviço em relação ao local de moradia da usuária não

se apresentou como o principal motivo pelo qual boa parte da clientela a ele recorreu, tema ao qual voltaremos em outro capítulo.

Por outro lado, a proximidade do serviço em relação ao Terminal Rodoviário Municipal João Dias, certamente facilita o acesso a ele para parcela significativa de suas usuárias. Percebemos que a grande maioria das mulheres atendidas no período do estudo residia, à época, no distrito do Serviço ou em distritos e municípios circundantes da região sul da Grande São Paulo. Assim, entre as mulheres atendidas no parto por esse serviço e residentes em outros municípios da Região Metropolitana, que não a capital do Estado, 63,6% (21 dos 33 casos) moravam em Embu, Taboão da Serra ou Itapeverica da Serra, municípios à sudoeste do Jardim São Luiz<sup>65</sup>.

A Tabela 3 indica que, entre as usuárias residentes no município de São Paulo, 54,8% moravam, como vimos, no Jardim São Luís, distrito em que se localiza o serviço, enquanto 36,7%, em 4 distritos circunvizinhos - Vila Andrade (14,9%); Capão Redondo (10,5%); Jardim Angela (5,8%); e Campo Limpo (5,2%). As usuárias desse Serviço, que moravam nos 5 distritos acima mencionados, representaram, em seu conjunto, 91,4% do total de casos atendidos de residentes no município de São Paulo, no período de estudo.

As restantes, 8,6% dos casos, estavam dispersas entre 23 distritos, havendo, ainda, 22 mulheres distribuídas entre outros 11 distritos da Região Sul e 21, entre 12 distritos das demais regiões da cidade. O número de usuárias residentes em cada um desses 23 distritos é muito pequeno, variando entre 1 a 5, o que representa um alto grau de dispersão dessa parcela da clientela, tema ao qual voltaremos mais adiante.

---

<sup>65</sup> Quase todas essas, alias, moravam em bairros pobres desses municípios, considerados 'cidades dormitórias' de São Paulo à medida que abrigam parcela significativa das famílias de camadas populares, cujos membros trabalham, trabalhavam ou procuravam trabalho em São Paulo.

Tabela 3: Distribuição das mulheres atendidas pelo serviço de atenção ao parto da ACOMA entre abril de 1995 e março de 1998, segundo distrito de residência no município de São Paulo.

DISTRITO	No	%	% Cumulativa
Jardim São Luís	276	54,8	54,8
Vila Andrade	75	14,9	69,7
Capão Redondo	53	10,5	80,2
Jardim Angela	29	5,7	85,9
Campo Limpo	28	5,5	91,4
Outros Distritos Região Sul	22	4,4	95,8
Demais Distritos	21	4,2	100,0
Total	504	100,0	100,0

Visando a identificar algumas das características sociais, econômicas e demográficas da população atendida pelo Serviço, adotamos a divisão do Município de São Paulo em 5 áreas relativamente homogêneas, tal como proposto por MARTINS (1999), a partir do Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado por SPOSATI e col. (1996).

Este último representa uma adaptação do IDH, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), à medida que sofreu algumas alterações nas variáveis utilizadas em sua composição. O IDH, proposto pela ONU, foi construído a partir das variáveis: esperança de vida, instrução de adultos e crianças, e renda *per capita*. Aquele, elaborado por SPOSATI e col. (1996), não levou em conta a renda per capita, mas manteve as variáveis relativas à esperança de vida e instrução, além de acrescentar informações a respeito da mortalidade de menores de um ano e de jovens, e um indicador de violência. Os 96 distritos paulistanos foram ordenados pelos autores numa escala de -1,00 a 1,00, conforme os valores obtidos para o Indicador de Desenvolvimento Humano. O valor zero representaria o padrão mínimo adequado deste indicador (Anexo 1).

O IDH, proposto por SPOSATI e col. (1996), apresenta limitações e pontos de controvérsia, da perspectiva das ciências sociais, sobretudo ao se propor analisar questão complexa, como a condição do desenvolvimento humano, mediante atribuição de uma escala de valores para um conjunto de

fatores de diferentes ordens. Segundo os autores, desenvolvimento humano seria, "*a possibilidade de todos os cidadãos de uma sociedade melhor desenvolver seu potencial com menor grau de privação e sofrimento*". Para fins do presente trabalho, entretanto, foi utilizado como um instrumento importante, na medida em que nos permite visualizar condições de inclusão e exclusão social a que estão submetidas populações do município de São Paulo, dentre as quais os sujeitos sociais do presente estudo.

A classificação dos distritos paulistanos nas 5 áreas relativamente homogêneas, segundo ordem crescente de IDH, tal como realizado por MARTINS (1999), pode ser visualizada no Cartograma 2, a seguir. Nele, também se observa a distribuição das usuárias do serviço de atendimento ao parto da ACOMA nessas áreas, como descrita na Tabela 4 abaixo.

Vale considerar, neste momento, algumas das limitações apontadas pela autora, em relação à divisão sócio-espacial do município de São Paulo por ela empreendida e que adotamos neste trabalho:

"Algumas considerações podem ser feitas a respeito da configuração das áreas de estudo. No caso de São Paulo, quanto mais heterogêneo for o distrito em relação ao conjunto de variáveis utilizadas na composição do IDH, maior será a probabilidade deste se posicionar nas áreas intermediárias. O distrito do Morumbi, por exemplo, apresenta população residente em favelas e em condomínios de alta renda. Por conseguinte posicionou-se no 3º quintil de IDH. Distritos com um número pequeno de habitantes também podem gerar resultados não muito representativos. Neste caso, as oscilações em relação aos valores assumidos para as variáveis podem advir de ocorrências pontuais, como a construção de um condomínio de alta renda ou o deslocamento de uma favela.

O mesmo raciocínio aplica-se a distritos cujo uso do solo influencie o perfil de seus moradores. Por exemplo, distritos cuja vocação esteja se alterando de residencial para área de lazer noturno, podem ter parte da sua população idosa expulsa, com a conseqüente alteração de sua estrutura etária. Nesse caso, uma menor concentração de pessoas idosas não significaria, necessariamente, uma pior condição de vida de sua população. Por outro lado, distritos cuja ocupação é mais antiga podem estar concentrando maior contingente de idosos.

Aponta-se ainda o fato de que variáveis de difícil mensuração ou obtenção podem ter desviado os valores do Indicador de Desenvolvimento Humano. Por exemplo, o Indicador de Exclusão (lex) de Violência utilizado por SPOSATI e col. Baseia-se nas ocorrências criminais registradas nas delegacias, porém cabe ressaltar que esse dado é fruto de iniciativa individual que não é

obrigatória e que portanto não pode retratar fielmente a ocorrência desses eventos. Vale mencionar que os valores assumidos para o lex de violência eram similares em distritos como Itaim Paulista e Consolação, porém no primeiro os homicídios apresentavam maior peso e no segundo pesavam mais as ocorrências de furto e roubo. O distrito da Penha posicionou-se no melhor quintil de IDH devido, principalmente, ao baixo valor assumido pelo lex de violência. Esse baixo valor deveu-se ao fato de existirem poucas ocorrências de furtos e roubos, no entanto, observou-se uma elevada ocorrência de homicídios, quando comparada àquelas dos demais distritos dessa área."

Cabe lembrar, como aponta a autora, que as restrições mencionadas são decorrentes de se trabalhar com indicadores compostos para identificar diferenciais intra-urbanos, tendo por base o território.

Tabela 4: Distribuição das mulheres atendidas pelo serviço de atenção ao parto da ACOMA, entre abril de 1995 e março de 1998, habitantes no município de São Paulo, segundo distrito de residência e área de IDH.

DISTRITO	No	%	ÁREA IDH
JD. SÃO LUÍS	276	54,8	1
VL. ANDRADE	75	14,9	1
CAPÃO REDONDO	53	10,5	1
JD. ANGELA	29	5,8	1
CAMPO LIMPO	28	5,2	1
CIDADE ADEMAR	3	0,6	1
PARELHEIROS	3	0,6	1
CIDADE DUTRA	1	0,2	1
SOCORRO	1	0,2	3
CAMPO GRANDE	3	0,6	4
ITAÍM BIBI	2	0,4	4
SANTO AMARO	3	0,6	5
CAMPO BELO	1	0,2	5
MOEMA	1	0,2	5
SAÚDE	1	0,2	5
VL. MARIANA	3	0,6	5
RAPOSO TAVARES	1	0,2	3
VL. SONIA	3	0,6	4
BUTANTÂ	5	1	4
PINHEIROS	1	0,2	5
A. DE PINHEIROS	1	0,2	5
LIBERDADE	1	0,2	4
CONSOLAÇÃO	3	0,6	5
SANTA CECÍLIA	2	0,4	5
BELA VISTA	1	0,2	5
JD. PAULISTA	1	0,2	5
SAPOPEMBA	1	0,2	2
JARAGUÁ	1	0,2	2
TOTAL	504	100,0	

Observa-se que a grande maioria das usuárias desse Serviço (92,8%) residia, na época, em distritos da área 1, isto é, aquela de pior IDH. Todas essas moravam na Região Sul, tendendo a se concentrarem no distrito em

que se situa o serviço e nos 4 contíguos a ele. Um resumo da distribuição das usuárias do serviço, segundo IDH do distrito de residência à época do período de estudo, encontra-se na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das mulheres atendidas pelo serviço de atenção ao parto da ACOMA, entre abril de 1995 e março de 1998, habitantes do município de São Paulo, segundo área de IDH.

ÁREA DE IDH	No.	%
1	468	92,8
2	2	0,4
3	2	0,4
4	14	2,8
5	18	3,6
TOTAL	504	100,0

Outro aspecto interessante da distribuição das mulheres atendidas pelo Serviço em pauta, segundo as áreas de IDH dos distritos em que moravam, é que coloca em evidencia alguns aspectos da diferenciação entre as "usuárias" desse serviço e a clientela "particular", como eram denominadas as duas categorias de mulheres assistidas pelas obstetizes responsáveis pelo atendimento. Ao todo, 43 mulheres, isto é , 7,6 % dos sujeitos dessa pesquisa, compõem a clientela particular, assim identificada nas fichas de pré-natal.<sup>66</sup> Pudemos localizar o endereço residencial de 40 delas: dentre elas, 13 moravam em outros municípios da Grande São Paulo e 27, no município de São Paulo. Trata-se de um número pequeno de casos, entretanto, é interessante observar (Tabela 6) que a maior parte da clientela "particular", aqui considerada, residia em áreas de melhor IDH, localizadas nos distritos mais centrais da cidade, onde mora grande parte dos paulistanos de camadas médias e altas. O contraste entre as duas clientelas

<sup>66</sup> É possível que houvesse mais pacientes particulares dentre as 564 mulheres que foram atendidas no parto pelos serviços da ACOMA, entre abril de 1995 e março de 1998, pois sua identificação como pacientes particulares era feita através de uma notação - (P) - na ficha de pré-natal . Como nem todas as fichas de pré-natal das mulheres atendidas no



atendidas pelo serviço e por ele diferenciadas - "usuárias" e "particulares" - é ressaltado, pelo fato que residentes das áreas de IDH 2 e 3 estão muito pouco representadas nessa população.

Tabela 6: Distribuição da clientela "particular" atendida pelo serviço de atenção ao parto da ACOMA entre abril de 1995 e março de 1998 que residia, à época, no município de São Paulo, segundo área de IDH.

ÁREA DE IDH	No.	%
1	4	14,8
2	-	-
3	1	3,7
4	7	25,9
5	15	55,6
TOTAL	27	100,0

À medida que grande contingente da população contemplada nesse estudo (91,4%) e, em especial, as "usuárias", residia à época em 5 distritos contíguos, incluindo-se aquele em que se situa o Serviço em questão (Tabela 3), procuramos identificar algumas das características sociais e demográficas dessa área. Como vimos, essa é uma região relativamente homogênea, se considerarmos o IDH como indicador, já que todos os distritos que a compõem pertencem à área 1, a de menor desenvolvimento humano, quer dizer, de maior exclusão social.

As taxas de homicídios fazem dela uma das regiões mais violentas da cidade, pois 4 de seus distritos (Jardim São Luís, Vila Andrade, Capão Redondo e Jardim Angela) obtiveram a classificação "-1" no *lex homicídio* (SPOSATI e col. :1996), o pior valor da escala elaborada por seus autores, obtido por apenas 10, dos 96 distritos paulistanos. (ANEXO)

Pela Tabela 7, podemos observar que se trata de uma região bastante populosa. Três de seus distritos, inclusive o Jardim São Luís, onde se situa o Serviço, estão entre os 9 mais populosos da cidade, aqueles onde

---

parto e que realizaram seu pré-natal na ACOMA foram localizadas, é possível que algumas das outras mulheres aqui consideradas também fossem pacientes particulares.

vivem mais de 200.000 habitantes. Em seu conjunto, a população da área composta por estes 5 distritos, em 1996, era estimada em 879.999 habitantes, o que representava, à época, 8,9% da população paulistana<sup>67</sup>.

Tabela 7: População estimada em 1996 dos 5 distritos paulistanos, de onde provinham 91,2% da clientela do serviço de atendimento ao parto da ACOMA, no período de estudo (4/95 a 3/98).

DISTRITO	POPULAÇÃO
Jardim São Luís	227.359
Vila Andrade	56.725
Capão Redondo	202.191
Jardim Angela	230.780
Campo Limpo	162.944
Total	879.999

Fonte: Martins, 1999; Fundação IBGE, Censo de 1991; Contagem da população 1996.

A tabela 8 indica que a região é bastante homogênea em termos de sua Taxa de Fecundidade Total (TFT). Em todos os distritos, o número médio de filhos por mulher variava entre 2,5 e 2,99, em 1997 (MARTINS: 1999). A autora agregou as TFTs distritais encontradas no município de São Paulo, em 1997, em 5 agrupamentos - menos de 1,5 filhos por mulher, em média; de 1,5 a 1,99 filhos por mulher, em média; de 2,0 a 2,49 filhos por mulher, em média; de 2,5 a 2,99 filhos por mulher, em média; 3,0 e mais filhos por mulher, em média. Taxas acima de 2,5 filhos, em média, por mulher, eram consideradas altas para o município de São Paulo, em 1997.

As taxas encontradas na região, aqui considerada, onde moravam 91,4% da clientela do serviço de atendimento ao parto da ACOMA, no período de estudo, seguem a tendência de concentração de índices mais elevados de fecundidade nas áreas periféricas da cidade, conforme aponta

<sup>67</sup> Segundo o Censo de 1991 e a Contagem da população de 1996 realizada pela Fundação IBGE (Apud MARTINS: 1999), o número total de habitantes nos 96 distritos administrativos que compõem a cidade de São Paulo era de 9.914.718.

MARTINS (1999). Como demonstra a autora, a distribuição espacial das taxas de fecundidade distritais, no município de São Paulo, apresenta diferenciais intra-urbanos apreciáveis, os quais estão associados a outros diferenciais, entre eles, o Índice de Desenvolvimento Humano. Nas áreas de menor IDH, onde grande parcela da população mora em favelas ou habitações precárias, e onde o nível de escolaridade das mulheres é mais baixa, concentram-se as taxas de fecundidade mais elevadas.

Tabela 8: Taxa de Fecundidade Total segundo distritos do município de São Paulo, 1997

DISTRITO	TFT
Jardim São Luís	2,57
Vila Andrade	2,50
Capão Redondo	2,87
Jardim Angela	2,86
Campo Limpo	2,62
Total	2,68

Fonte: Martins, 1999; Fundação IBGE, Censo de 1991; Contagem da população 1996.

Entretanto, os habitantes dessa área populosa, grande parcela dos quais é de baixa renda, estão entre os paulistanos que enfrentam maior dificuldade de acesso a leitos hospitalares. O índice de disponibilidade de leitos recomendado pela Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento é de 4 leitos por mil habitantes<sup>68</sup>. Vale considerar que, para o caso do Brasil, o Ministério da Saúde (1990:13) fixou, pela Resolução CIPLAN 003 de 25 de março de 1981 e Portaria MPAS 3046 de 20 de julho de 1982, que, para os casos de Unidade Mista ou Hospital Local, o índice

recomendado é de 2 leitos por mil habitantes da área delimitada + 1 leito por mil habitantes para atendimento à demanda de outras áreas, o que perfaz um total de 3 leitos hospitalares por mil habitantes. Em relação a Hospital Regional, o índice recomendado é de 2 leitos por mil habitantes da área delimitada + 1 leito por mil habitantes rurais de município + 1 leito por mil habitantes de agrupamentos fora do município e + 0,5 leitos por mil habitantes dispersos da área programática, totalizando 4,5. A Tabela 9 indica que, nos distritos em que morava a maioria dos sujeitos desse estudo, o número de leitos variava de zero a 1,70 por mil habitantes em 2000, sendo que, para a região formada pelos 5 distritos considerados em seu conjunto, a média é de 0,55 leitos por mil habitantes, enquanto a média paulistana é de 2,84 leitos hospitalares por mil habitantes.

Tabela 9: Distribuição de leitos hospitalares, segundo distritos do município de São Paulo, 2000

Distrito	População	Hospitais	Leitos	Leitos SUS	Leitos/1.000 Habitantes
Jd. São Luís	231.329	2	392	368	1,69
VI. Andrade	57.920	1	60	0	1,04
Capão Redondo	202.115	-	-	-	0,00
Jd. Angela	235.735	-	-	-	0,00
Campo Limpo	161.999	-	-	-	0,00
Subtotal	889.098	3	452	368	0,55
Total MSP	9.923.063	170	28.214	14.1481	2,84

Fonte: Folha de São Paulo, 15 de outubro de 2000 p. C3; Adib Jatene/ Fundação SEADE

Como se sabe, a má distribuição e a dificuldade de acesso a leitos hospitalares oneram, em muito, a população de baixa renda no Brasil, de modo geral, e em São Paulo. A esse respeito, COHN & ELIAS afirmam:

"Em suma, a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, quer em termos de sua produção, quer em termos do acesso da população, uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos, e portanto mediada por mecanismos de

<sup>68</sup> (OMS apud COHN & ELIAS: 1996:83)

mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais, nelas incluídas as de saúde. Nestes termos, esta lógica termina por reproduzir de modo perverso os mecanismos determinantes da desigualdades (inter e intraregionais, clivadas pelo desenvolvimento econômico que apresentam) e da exclusão social, acentuando ainda mais a marginalização de parcelas significativas da população.

Resulta disso, todo um Sistema de Saúde restritivo quanto à cobertura oferecida, extremamente segmentado na produção e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, e absolutamente desigual no tratamento dispensado aos usuários, tornando na prática, letra morta os preceitos constitucionais aprovados em 1988 e boa parte das leis que compõem o arcabouço legal do SUS. Assim sendo, a área de saúde também espelha, nas palavras de Francisco de Oliveira, "o Estado de Mal-Estar Social" vigente no Brasil. De um lado, os cerca de 40 milhões que constituem a parcela dos incluídos, tendo acesso a uma rede de serviços subsidiada de várias maneiras pelo Estado, e que nos segmentos de ponta é tecnicamente comparável a dos países com economia de mercado consolidada. No outro extremo, a grande massa da população que constitui os excluídos, com precário acesso a um sistema de saúde deteriorado em função do relativo desinvestimento público no setor e do desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, apresentando disparidades e problemas no acesso aos serviços e na qualidade da assistência prestada." (COHN & ELIAS: 1996:91-2)

Particularmente no que diz respeito ao atendimento ao parto, esse indício de exclusão social, na área da saúde, tem resultado no fenômeno da "peregrinação" hospitalar (TANAKA:1995), isto é, refere-se ao fato de as gestantes, em trabalho de parto, freqüentemente terem de percorrer mais de uma instituição antes de serem internadas. A autora mostra que esse fenômeno tem tido conseqüências trágicas. Considerado um dos fatores que freqüentemente contribuem para que a assistência seja prestada tardiamente, ele é, reconhecidamente, um dos principais determinantes dos altos índices de mortalidade materna em São Paulo. Cabe ressaltar que a mortalidade materna na região em que se situa o Ambulatório e Casa de Parto da ACOMA é particularmente alta. Em 1995, por exemplo, a Administração Regional de Saúde de Campo Limpo, a ARS 10, composta por 4 dos 5 distritos acima considerados - Jardim São Luís, Capão Redondo, Jardim Ângela, e Campo Limpo – era, segundo o SEADE e o PROAIM, a ARS paulistana com maior coeficiente de mortalidade materna

(RIBEIRO:1999:66). Calculada, respectivamente, em 73,17 por 100.000 N.V. e em 77,60 por 100.000 N.V., esse coeficiente estava muito acima da média paulistana na época que, para ambas as fontes de informação, estava em 51,36 por 100.000 N.V. Embora haja flutuações anuais no "ranking" desses coeficientes, segundo Administração Regional de Saúde, a Administração Regional do Campo Limpo, ou ARS 10, está consistentemente entre aquelas que apresentam os piores índices de mortalidade materna.

Analisando a questão, RIBEIRO (1999:63) identifica a existência de um diferencial de mortalidade materna importante entre as áreas homogêneas do Município de SP, progredindo seus índices da área central para a periferia.

Pode-se concluir, portanto, que a região em que morava grande parte das "usuárias" do serviço, era populosa, habitada majoritariamente por pessoas de baixa renda e com baixo nível de escolaridade. Trata-se de uma das regiões mais violentas da cidade, e uma das mais atingidas pela má distribuição de recursos públicos, inclusive, aqueles da área de saúde, a exemplo, como vimos, dos hospitais conveniados ao SUS.

A despeito de abrigar uma população que apresenta taxas relativamente altas de fecundidade, no contexto do município, havia, em 1998, apenas 78 leitos de obstetrícia disponíveis à população de mulheres em idade fértil na região, que não tem acesso a convênios ou hospitais particulares. Segundo dados cadastrados na Prefeitura, em 1998 havia 60 leitos de obstetrícia no Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha, localizado no distrito do Jardim São Luís. E, segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde<sup>69</sup>, havia nos cinco distritos que compõem a região em pauta, apenas um hospital com leitos de obstetrícia conveniados ao SUS. Trata-se do Instituto de Diagnóstico e Tratamento do Morumbi,

---

<sup>69</sup> Fonte: Ministério de Saúde/Departamentos de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus; Secretaria de Estado da Saúde/ Grupo Técnico de Normatização, Auditoria e Controle - GTNAC; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, 1998. Referem-se aos leitos gerais e especializados dos hospitais contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde de São Paulo - SUS/SP, incluindo os de Unidades Mistas de Saúde.

hospital contratado, localizado na Vila Andrade e que, em 1998, tinha apenas 18 leitos de obstetrícia disponíveis a usuárias do SUS.

Essa situação obriga as mulheres, em trabalho de parto, a se deslocarem para outros distritos em busca de vagas, freqüentemente na própria região sul, conforme nos revelou a pesquisa qualitativa.

Diante desse cenário, poderíamos levantar a hipótese explicativa de que um dos fatores que teria levado "usuárias" da região a procurarem o serviço de atendimento ao parto da ACOMA teria sido a dificuldade de acesso a vagas com a qual as mulheres em trabalho de parto se defrontam. No entanto, cabe a ressalva de que essa não é a situação enfrentada por toda a clientela do serviço, conforme aponta a Tabela 10 abaixo, pois parcela de suas "usuárias" e a maioria de suas "clientes particulares" moravam em outros distritos e regiões mais centrais do município, em que se concentram hospitais conveniados ao SUS<sup>70</sup>. Além disso, parte de sua clientela, tanto de "usuárias" como de "clientes particulares" tinha direito a convênios ou seguros saúde.

---

<sup>70</sup> Entre as pacientes particulares residentes no município de São Paulo, mais de metade (17 das 27, ou 63%) residia em distritos em que a média de leitos por mil habitantes é maior do que os 4,0 recomendados pela OMS. 6 moravam em distritos em que a média de leitos por mil habitantes era de 5,4 e 9, em distritos em que a média era de 25,9 leitos por mil habitantes.

Tabela 10: Distribuição de leitos hospitalares, segundo distritos do município de São Paulo, 2000

Distrito	População	Hospitais	Leitos	Leitos SUS	Leitos/1.000 Habitantes
JD. SÃO LUÍS	231.329	2	392	368	1,69
VL. ANDRADE	57.920	1	60	0	1,04
CAPÃO REDONDO	202.115	-	-	-	0,00
JD. ANGELA	235.735	-	-	-	0,00
CAMPO LIMPO	161.999	-	-	-	0,00
Cid. ADEMAR	232.891	-	-	-	0,00
PARELHEIROS	90.691	--	-	-	-
CIDADE DUTRA	178.582	2	206	206	1,15
SOCORRO	36.848	-	-	-	0,00
CAMPO GRANDE	85.561	1	38	0	0,44
ITAÍM BIBI	83.417	2	315	0	3,78
SANTO AMARO	59.498	7	817	426	13,73
CAMPO BELO	63.245	1	141	0	2,23
MOEMA	72.906	5	364	19	4,99
SAÚDE	114.817	1	117	117	1,02
VL. MARIANA	121.218	19	4.113	2.846	33,93
R. TAVARES	88.690	-	-	-	0,00
VL. SONIA	77.884	-	-	-	0,00
BUTANTÃ	52.049	3	439	323	8,43
PINHEIROS	66.696	1	52	0	0,78
A. PINHEIROS	42.455	1	59	6	1,39
LIBERDADE	60.973	7	1.764	992	28,93
CONSOLAÇÃO	56.115	-	-	-	0,00
SANTA CECÍLIA	72.704	4	2.308	1.138	31,75
BELA VISTA	62.780	9	1.052	375	16,76
JD. PAULISTA	85.128	7	3.673	2.469	43,15
SAPOPEMBA	252.319	-	-	-	0,00
JARAGUÁ	121.494	-	-	-	0,00
Total MSP	9.923.063	170	28.214	14.1481	2,84

Fonte: Folha de São Paulo, 15 de outubro de 2000 p. C3; Adib Jatene/Fundação SEADE



### **6.3. Perfil sócio-epidemiológico de mulheres e recém-nascidos, atendidos pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA**

#### **6.3.1 Caracterização das mulheres**

Examinamos, a seguir, alguns aspectos específicos do perfil da clientela atendida pelo serviço, no período entre abril de 1995 e março de 1998, que foi possível construir, com base em informações constantes nas Declarações de Nascidos Vivos (SINASC), no Livro de Partos e nas Fichas de Pré-natal, aos quais tivemos acesso, por intermédio de Angela Gehrke da Silva e da Associação Comunitária Monte Azul, a partir das quais obtivemos uma população de estudo, constituída de 564 mulheres.

Como mostra a Tabela 11, grande parcela das mulheres atendidas no parto pelo Ambulatório e Casa de Parto da ACOMA, no período de estudo, não era portadora de muita instrução formal. É interessante notar que a escolaridade tende a se concentrar em dois pólos. Por um lado, a grande maioria dessas mulheres, 90,6 %, não havia completado o primeiro grau e, por outro, há uma pequena, mas significativa minoria, constituída por 6,2% das gestantes, que apresentava instrução superior.

Tabela 11: Proporção de mulheres atendidas pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA entre 4/95 e 3/98, segundo grau de instrução

Grau de instrução	Nº	%	% Acumulado
Nenhum	2	0,4	0,4
1º grau incompleto	394	90,2	90,6
1º grau completo	5	1,1	91,7
2º grau completo	9	2,1	93,8
Superior	27	6,2	100,0
Total	437	100,0	

Nota: Foram excluídas 127 mães de nascidos vivos (22,5% do total de mulheres incluídas nesse estudo) sem informações sobre grau de instrução

Pode-se dizer que o grande divisor da população de estudo, do ponto de vista da escolaridade, é o primeiro grau, já que é o fato de ter, ou não, completado este nível de instrução que separa as mulheres aqui consideradas em duas categorias distintas.

Tabela 12: Proporção de mulheres atendidas pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA entre 4/95 e 3/98, segundo grau de instrução

Grau de instrução	No	%	% Acumulada
<1º grau completo	396	90,6	90,6
≥ 1º grau completo	41	9,4	100,0
Total	437	100	

Nota: Foram excluídas 127 mães de nascidos vivos sem informações sobre grau de instrução

Em relação ao grau de instrução das mães, cabe acrescentar ademais que entre a clientela "particular" das obstetrias que atendiam aos partos, apenas uma mãe tinha menos que o segundo grau completo. Por outro lado, entre as "usuárias" do serviço, apenas 5 tinham completado o segundo grau e/ou tinham grau de escolaridade superior. Assim, a escolaridade se constitui em outro indício da diferenciação sócio-econômica entre as duas categorias de usuárias atendidas pelo serviço.

Tabela 13: Número e proporção de mulheres atendidas pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA entre 4/95 e 3/98, segundo grau de instrução da mãe e categoria de cliente

Grau de instrução	Tipo de clientes Usuários	Cientes particulares	Total
<1º grau completo	395 99,7%	1 0,3%	396 91,5%
≥ 1º grau completo	10 27,0%	27 73,0%	37 8,5%
Total	405 93,5%	28 6,5%	433

Nota: Foram excluídas 131 mães de nascidos vivos sem informações sobre grau de instrução ou tipo de clientes

Ao compararmos a distribuição do grau de instrução entre a população que compõe este estudo com aquela encontrada, em 1997, nas 5 áreas de IDH de São Paulo, evidencia-se claramente, na Tabela 14, essa peculiaridade da clientela do serviço em pauta. Este agrega 2 pólos extremos do perfil de escolaridade feminina existentes em São Paulo. Por um lado, há uma grande concentração de mulheres com pouca escolaridade. A proporção de mulheres com até o 1º grau de instrução é ainda maior do que aquela encontrada na área 1, a do pior quintil de desenvolvimento humano. Podemos considerar esse baixo nível de instrução como um indicador indireto de que a população do estudo pertencia aos estratos mais pobres de população do município.

Por outro lado, a proporção de mulheres com grau de instrução superior está bem acima daquela que se encontra na área 1, pois aqui se concentra a clientela particular das obstetrizes que atendiam ao parto e nascimento nesse serviço, uma pequena minoria que, como vimos, era, em parte, proveniente de distritos das áreas 4 e 5, aquelas de maior índice de desenvolvimento humano ou de inclusão social.

Tabela 14: Proporção de mulheres de 15 a 49 anos que geraram nascidos vivos no município de São Paulo em 1997, segundo grau de instrução e áreas de IDH e de mulheres atendidas pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA entre 4/95 e 3/98.

Grau de Instrução	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	MSP	ACOMA
≤1º grau	80,6	74,7	67,5	60,6	44,5	70,4	91,7
2º grau	15,7	19,4	23,3	23,1	24,0	19,7	2,1
Superior	3,7	5,8	9,2	16,3	31,5	9,9	6,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MARTINS:1999:87 e Pesquisa Empírica no ACOMA

A distribuição das mulheres atendidas pelo Serviço de assistência ao parto no período de estudo, segundo faixa etária, indica, pela Tabela 15, que havia um número bastante significativo de mães jovens nessa população.

MARTINS (1999) descreve e analisa a distribuição etária de mulheres que geraram nascidos vivos, em 1997, no município de São Paulo, como um todo, e nas 5 áreas relativamente homogêneas em que classificou os 96 distritos administrativos da cidade, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano elaborado por SPOSATI e col. (1996). Como seria de se esperar, há uma maior proporção de mulheres jovens que geraram nascidos vivos entre aquelas residentes em distritos da área 1, a de menor desenvolvimento humano, do que na área 5, a de maior desenvolvimento humano. Assim, enquanto a participação de mulheres de 10 a 19 anos representa 19% do total de mulheres que geraram filhos na área 1, na área 5 elas representam 11% do total de mulheres que geraram filhos em 1997 (1999:74). Por outro lado, aumenta a participação de mulheres mais velhas entre as que geraram filhos, conforme aumenta o IDH. Percebemos que a proporção de mulheres jovens atendidas no parto pelo serviço da ACOMA no período de estudo, 23,8%, é até maior que aquela encontrada na área de pior índice de desenvolvimento humano em São Paulo.

Tabela 15: Número e proporção de mulheres atendidas pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA entre 4/95 e 3/98, segundo faixa etária

Faixas etárias (anos)	No.	%
< 20	133	23,8
20 a 34	390	69,6
35 e +	37	6,6
Total	560	100,0
Nota: Foram excluídos 4 registros sem informações sobre idade da mãe		

Ao compararmos nossos resultados de distribuição etária com os dos 5 distritos de São Paulo onde residia a maioria das mulheres de nosso estudo, em 1997, obtivemos os resultados apresentados na Tabela 16.

Novamente, identificamos maior proporção de mulheres jovens na população de estudo do que encontramos nos próprios distritos da área 1, onde a grande maioria delas residia.

É interessante notar que a proporção de mulheres mais velhas é, por outro lado, um pouco menor na população do estudo.

Podemos considerar essa distribuição etária mais um indicador indireto de que a população do estudo pertencia aos estratos mais pobres de população do município.

O fato de atender a uma proporção menor de mulheres de mais de 35 anos de idade pode ser um indicador de triagem por idade, muito embora não se tenha evidenciado esse tipo de critério, durante o período de observação participante das consultas de pré-natal e de partos. Outra possibilidade é que esse, também, seja um indício que o serviço exercia maior atração entre a população jovem. Tratava-se, afinal, de um serviço com uma proposta "alternativa" de parto ambulatorial.

Tabela 16: Proporção de mães de nascidos vivos, segundo faixa etária e distrito de residência no Município de São Paulo, 1997.

Faixas Etárias	Jardim São Luís	Vila Andrade	Capão Redondo	Jardim Angela	Campo Limpo	MSP
< 20	18,9	16,4	19,1	19,3	18,9	17,0
20 a 34	72,6	73,7	73,4	72,9	72,2	73,3
35 e +	8,5	9,9	7,5	7,8	8,9	9,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SEADE

Um dos indicadores utilizados por MARTINS(1999) para apreender e diferenciar padrões reprodutivos é a proporção de primíparas entre a população estudada. Como demonstra a autora, "à medida em que melhora o padrão de desenvolvimento humano, observa-se um aumento da participação relativa das primíparas e uma redução das grandes múltiparas<sup>71</sup>".

A Tabela 17 indica que, em nosso universo de pesquisa, a participação de primíparas é bem elevada, representando 42,3% das mulheres atendidas pelo serviço no período de 3 anos compreendidos pelo estudo. Entretanto, a proporção de grandes múltiparas (8,3%) é muito maior, de fato, quase o dobro daquela que encontramos entre as mulheres

<sup>71</sup> São consideradas grandes múltiparas, aquelas que deram à luz 4 filhos vivos e mais.

que deram à luz nascidos vivos, em 1997, na área de menor desenvolvimento humano do município de São Paulo (4,4%). Isso se constitui como mais um indício de que a população deste estudo tenha, de modo geral, um nível socio-econômico ainda mais baixo do que aquele que caracteriza a Área 1, a de menor IDH.

Tabela 17: Número e proporção de mães atendidas pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA, entre 4/95 e 3/98, segundo número de nascidos vivos anteriores

Filhos Tidos Vivos	No	%	% Acumulada
Nenhum	238	42,3	42,3
1 a 3	278	49,4	91,7
4 e +	47	8,3	100,0
Total	563	100,0	

Nota: Foi excluída 1 mãe de nascido vivo, sem informações sobre tipo de clientes ou número de nascidos vivos anteriores

Ao considerarmos o número de filhos nascidos vivos, em 1997, de mulheres residentes nos 5 distritos onde moravam, mais de 90% dos sujeitos deste estudo, conforme Tabela 18, verificamos que há uma grande aproximação com relação à proporção de primíparas, mas mesmo nesses distritos, a proporção de grandes múltiparas é menor do que entre a população de estudo. Tal fato aponta, mais uma vez, para o indício de que a população de estudo está entre a população mais empobrecida dos distritos em que grande parcela residia na época e, com alta taxa de fecundidade.

Tabela 18: Proporção de mães de nascidos vivos, segundo número de filhos vivos anteriores e distrito do município de São Paulo, em 1997

Filhos Tidos Vivos	Jardim São Luiz	Vila Andrade	Capão Redondo	Jardim Angela	Campo Limpo	MSP
Nenhum	41,5	41,7	39,5	40,6	37,9	41,0
1 a 3	54,2	53,5	56,1	54,1	57,8	53,9
4 e +	4,3	4,8	4,4	5,3	4,3	5,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SEADE

Nota: Foram excluídos os registros das mães de nascidos vivos, sem informações sobre número de nascidos vivos tidos em todos os distritos.

É interessante notar o contraste explicitado pela Tabela 19 entre as duas categorias de clientes quanto ao número de filhos tidos. Pode-se observar que não há mães com 4 ou mais filhos nascidos vivos anteriores, entre a clientela particular. Aliás, a proporção de primíparas é maior entre os membros dessa clientela, confirmando, ao que parece, a tendência apontada anteriormente por Martins, em relação à população de maior nível de desenvolvimento humano.

Tabela 19: Número e proporção de mães atendidas pelo serviço de assistência ao parto da ACOMA ,entre 4/95 e 3/98, segundo número de nascidos vivos anteriores e tipo de usuário.

Tipo de usuário	Filhos vivos anteriores			Total
	Nenhum	1 a 3	4 e+	
Usuárias	205 40,4 %	257 50,7 %	45 8,9 %	507 100,0 %
Clientes Particulares	28 65,1 %	15 34,9 %	-	43 100,0 %
Total	233	272	45	550

Nota: Foram excluídas 14 mães de nascidos vivos sem informações sobre tipo de clientes ou número de nascidos vivos anteriores

A idade da mulher, por ocasião do primeiro parto, é outro indicador de diferenças significativas em padrões de fecundidade, utilizado por MARTINS (1999). Como indica a Tabela 20, há uma progressiva diminuição de mães com menos de 19 anos, à medida que o nível de desenvolvimento aumenta. Em contraposição, o número de primíparas, com mais de 35 anos, é muito maior nas áreas de maior desenvolvimento humano.

O trabalho de Martins corrobora tendência observada em outros trabalhos que revelam a maior incidência de gravidez na adolescência entre populações menos privilegiadas. Verifica-se, ainda, que havia, na população de estudo, uma participação de adolescentes 2 vezes maior que aquela observada na área de melhor IDH e 31% maior que aquela observada no município de São Paulo. A esse fato se acrescem as indicações anteriores de que a população usuária do serviço pertencia às camadas pobres da população do município, com baixa escolaridade e alta fecundidade.

Ao compararmos as tendências observadas por Martins na distribuição de mulheres primíparas, segundo faixa etária e áreas de IDH do município de São Paulo, com os dados deste estudo, notamos novamente uma aproximação com o padrão constatado na área 1, a de menor índice de desenvolvimento humano.

Tabela 20: Proporção de mulheres primíparas, segundo faixa etária, nas áreas de IDH do município de São Paulo, em 1997 e na ACOMA, de 4/95 a 3/98.

Faixa etária	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	MSP	ACOMA
< 20	36.6	33.8	31.2	25.5	20.7	31.7	41.8
20 a 34	60.9	62.8	65.0	68.8	71.0	64.2	55.7
35 e +	2.5	3.4	3.8	5.7	8.3	4.1	2.5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fontes: MARTINS, C.M. (1999:83) e Pesquisa Empírica no ACOMA

Essa aproximação entre o padrão de fecundidade das mulheres aqui consideradas com aquelas observadas entre a população paulistana de baixa renda e maior grau de exclusão social, evidencia-se ainda mais claramente na Tabela 21, em que se compara a distribuição de primíparas, segundo faixa etária, da ACOMA com aquelas, de Guaianazes (área 1) e Jardim Paulistano (área 5), cujos residentes representam grupos extremamente diferenciados em relação às suas condições sócio-econômicas, e que são utilizadas para ilustrar essas diferenças no estudo de Martins.

Tabela 21: Proporção de mulheres primíparas, segundo faixa etária, nos distritos de Jardim Paulista e Guaianazes, 1997, e de mulheres primíparas atendidas pela ACOMA, entre 4/95 e 3/98

Faixas etárias	Jd. Paulista	Guaianases	ACOMA
< 20	10,2	41,6	41,8
20 a 34	76,6	56,2	55,7
35 e +	13,3	2,2	2,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fontes: MARTINS, C.M. (1999:84) e Pesquisa Empírica no ACOMA



### 6.3.2 Características da gestação na população estudada

Há informações disponíveis sobre as características da gravidez das mulheres pesquisadas em 545 casos. Em todos esses casos, que representam 96,6% das mulheres atendidas pelo serviço de assistência ao parto e nascimento no período de estudo, a gravidez era única. O fato de que não foram atendidas mulheres com gestações múltiplas, no período de estudo, é indicativo de que esse poderia ser um critério de triagem utilizado pelo serviço, já que a gestação múltipla é considerada como um fator de risco para morbi-mortalidade perinatal.

A duração da gestação é utilizada como uma das medidas de viabilidade do recém-nascido, pois é considerado um dos parâmetros mais importantes de avaliação do desenvolvimento intra-uterino. Segundo BERKOWITZ & PAPIERNICH (1993, apud MONTERO: 2000), o grau de maturidade apresentado pelo desenvolvimento fetal pode influir nas chances de sobrevivência dos recém-nascidos, principalmente dos prematuros, isto é, aqueles com idade gestacional inferior a 37 semanas. Em um estudo de caso controle sobre mortalidade neonatal no município de São Paulo, em 1995, MONTERO (2000:40) encontrou uma associação estatisticamente significativa entre os recém - nascidos pré-termo e a mortalidade neonatal, sendo a razão de probabilidade de ocorrência de óbitos neonatais ou *odds ratio* (OR) 26 vezes superior entre pré-termos do que entre bebês nascidos a termo, isto é, com 37 a 42 semanas de gestação.

Podemos notar, na Tabela 22, que a grande maioria dos nascimentos ocorridos no serviço pesquisado, 95,5 % dos casos, era constituída de recém- nascidos com 37 semanas ou mais de idade gestacional, isto é, não eram pré-termos. Cabe salientar que a proporção de recém nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, neste estudo (4,3%), é menor que aquela encontrada entre os controles do estudo realizado por MONTERO (5,2%), em 1997, o que pode se constituir em um indicador indireto de que era realizada uma triagem no serviço em relação a esse quesito.

Tabela 21: Distribuição de mulheres atendidas no parto, pela ACOMA, entre 4/95 e 3/98, segundo duração da gestação.

Duração da gestação	No	%
< 37 semanas	24	4,3
≥ 37 semanas	534	95,7
Total	558	100,0

Nota: Foram excluídos 6 (registros/ mães de nascidos vivos) sem informações sobre duração de gestação.

Cabe ressaltar que, entre a clientela particular, houve apenas um caso de nascimento pré-termo, todos os demais em que a duração da gestação foi de menos de 37 semanas ocorreram entre usuárias do Serviço, isto é, entre mulheres de nível sócio-econômico mais baixo.

### 6.3.3 Caracterização das condições de nascimento da população estudada

Estudo de tipo caso controle, realizado por MONTERO (2000) no município de São Paulo, em 1995, constatou que um dos principais fatores de risco associados à mortalidade neonatal era o peso ao nascer desfavorável, isto é, menor de 3000g.

Confirmando resultados de outros estudos, a autora mostra que há uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de óbito neonatal e o peso ao nascer inferior a 3000g, a categoria de referência. Houve, notadamente, um decréscimo da *odds ratio* com o aumento de peso, sendo essa tendência de declínio da *odds ratio* significativa, também.

Conforme demonstra a autora, a razão de probabilidade de ocorrência de óbitos neonatais era 312 vezes superior entre recém nascidos considerados de muito baixo peso ao nascer (< 1500g) do que entre recém - nascidos com peso adequado (3000 a 3999 g). No conjunto de recém nascidos considerados de peso relativamente baixo ao nascer, (1500 a 2499g) a razão de probabilidade de ocorrência de óbitos neonatais era,

aproximadamente, 13 vezes superior a da categoria de referência (3000 a 3999g). Finalmente, para o conjunto de recém nascidos com peso deficiente (2500 a 2999g) a *odds ratio* foi 1,9 vezes superior à da categoria de referência.

Ao compararmos a distribuição do peso ao nascer dos recém nascidos atendidos pelo serviço de assistência ao parto e nascimento da ACOMA, no período entre abril de 1995 e março de 1998, segundo faixa de peso, exposta na Tabela 22, com a distribuição de peso ao nascer encontradas nos distrito de residência da grande maioria de suas mães no município de São Paulo, em 1997, Tabela 23, notamos que há uma proporção bem mais baixa de recém nascidos de baixo peso ao nascer na população de estudo. Há, também, uma proporção relativamente menor de recém nascidos de peso deficiente na população de estudo, do que aquela encontrada nos distritos de residência da grande maioria de suas mães.

Tabela 22: Número e proporção de nascidos vivos atendidos pelo serviço de assistência ao parto e nascimento da ACOMA, entre 4/95 e 3/98, segundo faixa de peso ao nascer

PESO AO NASCER	No.	%	% ACUMULADA
< 2500	17	3,1	3,1
2500 a 2999	110	20,3	23,4
3000 a 3999	370	68,3	91,7
4000 a 4800 (ou e+?)	45	8,3	100,0
Total	542	100,0	

Nota: Foram excluídos 22 registros de nascidos vivos sem informações sobre peso ao nascer

Tabela 23: Proporção de nascidos vivos, segundo peso ao nascer e distrito de residência, no município de São Paulo, 1997.

PESO AO NASCER	Jardim São Luís	Vila Andrade	Capão Redondo	Jardim Angela	Campo Limpo	MSP
< 2500	9,56	9,39	9,65	9,62	9,22	8,98
2500 a 2999	24,32	25,21	24,21	24,90	23,87	
3000 a 3999	60,81	61,33	60,94	60,86	62,59	
4000 e +	5,32	4,07	5,20	4,62	4,32	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fonte: SEADE

Considerando a grande proporção de mães jovens, isto é, com menos de 20 anos, identificada na população de estudo, pode-se dizer que é relativamente baixa a porcentagem de recém-nascidos de baixo peso (3,1%).

Trabalhos como os de VICTORA (1988), ALMEIDA (1995) e ARAÚJO (1999) encontraram um aumento na incidência de baixo peso ao nascer de recém nascidos nas categorias de idade materna inferior a 20 anos e de 35 anos e mais (apud MONTERO:2000:48).

Outros estudos apontam para uma maior incidência de baixo peso ao nascer entre mulheres com menor nível de escolaridade. Como se sabe, o nível de escolaridade é utilizado como indicador de baixa renda. Cabe mencionar, nesse sentido, todas as mulheres que deram à luz recém nascidos de baixo peso eram "usuárias" da ACOMA, isto é, nenhuma das clientes "particulares" teve recém-nascido de baixo peso ao nascer.

Porém, a despeito de todos esses fatores que tendem a estar associados com baixo peso ao nascer, a pequena proporção de baixo peso entre os recém nascidos da população de estudo pode ser indicativa de que houve um processo adequado de triagem da clientela por parte das profissionais responsáveis pelo serviço de atendimento ao pré-natal e parto.

Os resultados do Apgar do 1º minuto e do 5º minuto ao nascer indicam que a proporção de índices menores que 7, isto é, índices associados a presença de problemas de saúde nos recém-nascidos, é pequena e diminui significativamente do 1º para o 5º minuto. Esses resultados tendem a corroborar a suposição acima, de que o serviço estaria realizando um processo adequado de triagem, tendo em vista o atendimento voltado, fundamentalmente, a mulheres consideradas de baixo risco.

Tabela 24: Número e proporção de recém nascidos, atendidos pelo serviço de assistência ao parto e nascimento da ACOMA, entre 4/95 e 3/98, segundo Apgar no 1º e 5º minuto após o nascimento

APGAR	No	%
1º minuto		
< 7	27	5,1
7 e +	507	94,9
Subtotal	534	100,0
5º minuto		
< 7	5	0,9
7 e +	529	99,1
Subtotal	534	100,0
Total	100,0	100,0

Nota: Foram excluídos 30 registros de nascidos vivos sem informações sobre Apgar ao nascer. A única fonte de informações sobre Apgar utilizada nesse levantamento foi a Declaração de Nascidos Vivos (SINASC). Dispúnhamos de 535 fichas SINASC, portanto houve apenas uma em que se omitiram informações sobre Apgar.

Assim, as características da gestação e as informações sobre condições de nascimento disponíveis, através de levantamento e análise das Declarações de Nascidos Vivos, oferecem indícios da presença de critérios adequadas de triagem da população atendida no ambulatório e na Casa de Parto da ACOMA no período entre abril de 1995 e março de 1998, para a realização de parto ambulatorial, isto é, a população atendida estava em conformidade com alguns padrões utilizados pela epidemiologia para classificar gestações e condições de nascimento como sendo de 'baixo risco' ou 'normais'.<sup>72</sup>

Por outro lado, tais resultados apontam, igualmente, para a boa qualidade da assistência à gestante e ao recém-nascido, à medida que se referem às condições de nascimento destes últimos.

<sup>72</sup> Cabe lembrar que é para populações assim classificadas que o Ministério de Saúde, inspirado na experiência da Casa de Parto da ACOMA, como vimos, atualmente oferece a possibilidade de atendimento ao parto ambulatorial, através de incentivos para a criação de Centros de Parto Normal autônomos, isto é, Casas de Parto, ou intrahospitalares, através da Portaria 985 de 5 de Agosto de 1999. Nos Centros de Parto Normal são dispensados alguns dos recursos humanos e tecnológicos para cuidar de recém-nascidos de risco ao mesmo tempo em que se procura garantir que os profissionais sejam capacitados para realizar manobras básicas de ressuscitação e que o CPN tenha uma ambulância à disposição e garanta a remoção para serviços de referência no prazo máximo de uma hora. No caso da serviço de atendimento ao parto da ACOMA, as manobras de resuscitação eram, em casos de necessidade, realizadas pelas obstetizes e o transporte realizado em seus carros para o Hospital do Campo Limpo, ou outros hospitais da região.

## 7. A CAMINHO DA MONTE AZUL

No período de estudo, como vimos na seção anterior, além da clientela priorizada pelo Ambulatório da ACOMA, este serviço atendia, também, a uma população oriunda de outros distritos da região, de outras regiões do Município e, até mesmo, de outros municípios da Região Metropolitana de São Paulo conforme observado no Cartograma 1. Aliás, essa clientela de fora da área de abrangência do serviço já constituía, na época, a grande maioria ( 77,2%) da clientela atendida.

Essa característica do serviço foi se constituindo ao longo dos anos, fruto, em parte, da popularidade e repercussão que o mesmo foi adquirindo. Em 1983, quando Angela Gehrke da Silva começou a oferecer à clientela da ACOMA a modalidade de parto ambulatorial, ela atendeu a apenas um parto. Tratava-se, afinal, de uma forma de atenção ao parto muito diferente daquela disponível à população da cidade de São Paulo, onde quase a totalidade dos mesmos eram realizados em ambiente hospitalar e o parto domiciliar era visto como procedimento arriscado e ‘coisa do passado’, que ocorria apenas naqueles lugares ‘atrasados’ onde não havia acesso aos recursos da moderna medicina.<sup>73</sup> É o que transparece no discurso de Marlene<sup>74</sup>, ‘usuária’ que teve sua segunda filha no ambulatório da ACOMA:

“Porque aqui é só hospital, cidade só tem hospital. Então assim a pessoa quando fica sabendo, fica muito... acha assim estranho, né, alguém ter coragem de fazer isso.(...) Acho que todo mundo, assim alguns até acham que é melhor [fazer seu parto em um hospital], né tem mais segurança, né ? Do que uma pessoa , uma parteira, né acho que eles tem mais receio, né.”

---

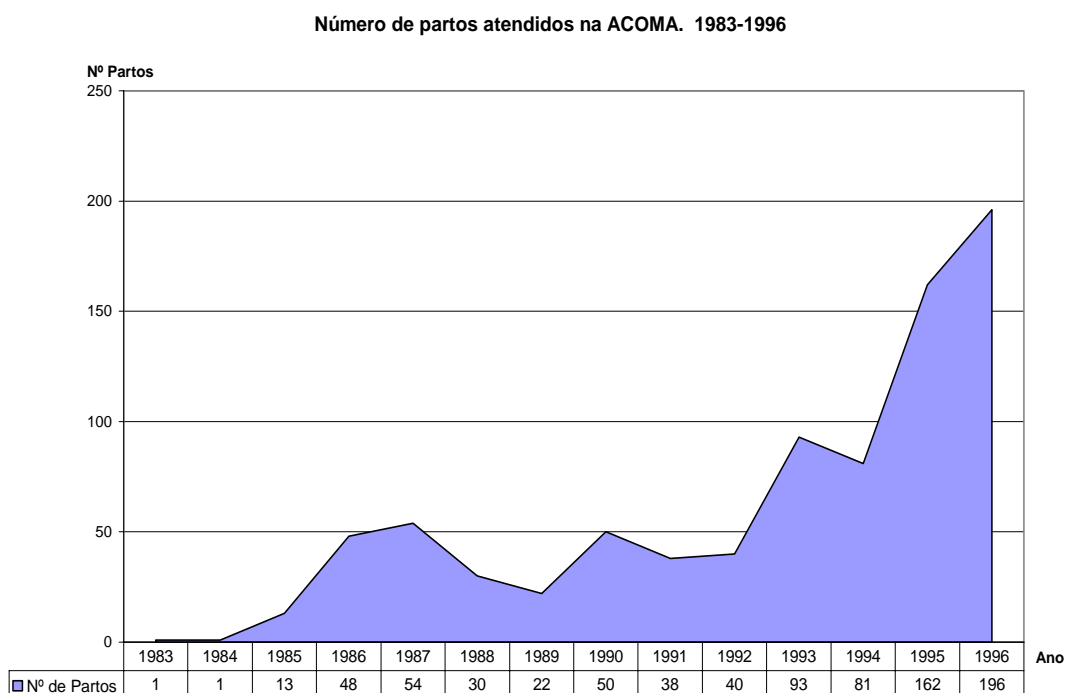
<sup>73</sup> Essa concepção ainda prevalece não apenas entre parcela da população, mas entre certos profissionais de saúde da área de obstetrícia, veja-se, por exemplo o seguinte declaração do Dr. Pinotti no periódico Medicina do Conselho Federal de Medicina: “Casas de Parto têm sentido no interior do Ceará, para atender gestantes de baixo risco, onde não existem leitos hospitalares (...) A Casa de Parto na cidade de São Paulo, onde há leitos ociosos, onde as maternidades são próximas, é uma prática desvinculada do bom senso. A meu ver está sendo utilizada para economizar recursos e atrair a imprensa usando o legítimo direito de escolha das mulheres, para enganá-las.”

<sup>74</sup> Marlene e outros nomes de clientes da ACOMA, que são apresentadas como depoentes no transcurso deste estudo, são fictícios, para fins de preservar o anonimato das mesmas.

Porém, como disse a própria Angela:

“Aos poucos, as pessoas foram ganhando confiança em mim.”<sup>75</sup>

Como se pode ver no gráfico abaixo, o número de partos atendidos anualmente foi crescendo rapidamente de 1983 a 1996, quando já se realizavam 196 partos por ano.<sup>76</sup>



O rápido crescimento da demanda e a diversificação e dispersão sócio-espacial da clientela levaram-nos a indagarmos sobre o modo como as mulheres, que viviam fora da área de influência da ACOMA, souberam da existência do serviço e os motivos que as levaram até lá. O período de observação participante das consultas de pré-natal e parto e as indagações feitas às clientes, durante essa fase do trabalho de campo, assim como as entrevistas realizadas com ‘usuárias’ e ‘clientes particulares’ permitiram-nos identificar, basicamente, quatro formas de se tomar conhecimento do

<sup>75</sup> Participação de Angela Gehrke da Silva da Silva em mesa redonda realizada e promovida pelo Grupo de Estudos Nascimento e Parto (GENP) do Instituto de Saúde, em 12/05/98, por ocasião do Dia Internacional da Saúde cujo tema era “Maternidade Segura”.

<sup>76</sup> Fonte: Relatórios anuais do ambulatório da ACOMA

ambulatório da ACOMA, de seu atendimento ao pré-natal, e do modelo de parto ambulatorial que lá se oferecia à população. Para as mulheres, aqui consideradas, fora possível informar-se a respeito, por intermédio de sua rede de relações pessoais; por indicação de um profissional ou de um serviço de saúde; por intermediação de uma instituição de cunho social ou filantrópica que estabeleceria uma parceria com a ACOMA; e/ou por intermédio de um ou mais veículos de comunicação de massa.

Chama atenção, entretanto, o fato que, embora esses quatro meios de contato estivessem disponíveis, em princípio, universalmente, há continuidades e descontinuidades significativas entre ‘usuárias’ e ‘clientela particular’, em relação ao modo e à frequência com que se utilizaram desses meios, como pode ser visto mais adiante.

Marinalva, ‘usuária’, soube do ambulatório durante sua gravidez por intermédio de sua cunhada, Sueli, que realizara o pré-natal com Angela Gehrke da Silva. Iniciou o acompanhamento do pré-natal no Posto de Saúde próximo à sua residência. O médico que a estava atendendo havia receitado um medicamento para ela quando os exames de rotina indicaram a presença de uma infecção urinária. Marinalva não aderiu ao tratamento, ignorando a prescrição médica. Demorou para fazer o retorno e após um susto que levou ao ser atendida pelo médico do posto, recorreu a esse serviço, por insistência de sua cunhada:

“Eu só fui mesmo porque eu passei muito mal a noite. A Sueli, nossa! A Sueli falou tão bem dela ![Angela](...) Que depois que o Dr. Roberto falou assim , ‘*Ó, vou ter que te encaminhar para o (hospital) Campo Limpo. Agora o problema é seu! Reze para você e teu filho não morrerem!*’(...) Ele me deu um susto danado, aí eu não fui. (...) Ele nem falou que o problema era de pressão! (...) Depois que a Sueli falou, ‘*Vai na Dra. Angela ela é uma médica tão boa!*’(...) A Sueli falou que conversou com ela, né, que ela nem parece médica, parece mãe. Que ela conversa assim de um jeito com a pessoa, que transmite assim uma paz. (...) Ela falou tão bem dessa médica que me transmitiu, assim, sabe, uma energia boa. (...) Não pensei nem duas vezes. Aí eu falei para meu marido, ‘*Eu vou lá*’ e eu fiquei só pensando nela. Aí ele me levou porque ele sabia onde o irmão dele mora ali. ”

Como em muitos outros casos de mulheres da clientela de ‘usuárias do serviço’, identificamos dois fatores que motivaram a procura pelo serviço



– uma ou mais recomendações de membros de sua rede de relações pessoais, que freqüentaram o serviço e, por outro lado, uma experiência negativa com outro(s) serviço(s) ao(s) qual (quais) teve/ tiveram acesso, que a(s) impulsiona a buscar(em) por alguma alternativa. É interessante notar que, nesse caso, um dos membros da família, um cunhado, era morador do bairro em que se localiza o serviço, o que facilitou o acesso e a disponibilidade de informações acerca dele.

Outro aspecto que chama a atenção, no depoimento acima, é a ambivalência em relação à profissional indicada. Ela é apresentada como médica no discurso de Sueli, cunhada de Marinalva. Ao mesmo tempo, e como que para diferenciá-la dos profissionais dessa categoria com os quais teria mantido contato, Sueli a descreve como sendo ‘parecida a uma mãe’. Essa distinção é importante reter, já que, como vimos no capítulo anterior, a abordagem proposta pela medicina antroposófica, assim como outras medicinas ‘alternativas’, envolve uma ênfase na relação terapeuta – paciente, que coloca em pauta, como aspecto fundamental da mesma, a demonstração de empatia para com o paciente e o resgate à sua ‘biografia humana’ para que se possa realizar um diagnóstico e tratamento individualizado. De fato, é comum nas falas das entrevistadas a referência à acolhida ‘calorosa’ que receberam de Angela e, por vezes, de outros funcionários da ACOMA. Em várias falas, a relação terapêutica fora comparada com a relação entre mãe e filha ou entre amigas. Esse grau de aproximação entre usuária e profissional de saúde está muito distante do que costuma ocorrer em serviços de saúde de medicina oficial, sejam estes públicos ou privados, a que tem acesso a população de camadas populares urbanas.

Percebe-se esse contraste no discurso de Marinalva, a respeito da falta de empatia e de sensibilidade demonstrada pelo médico do Posto para com ela. E, a ameaça contida no encaminhamento daquele profissional, leva Marinalva a ignorar o mesmo. Assustada e insegura, nega-se a submeter-se à sua autoridade, ignorando seu encaminhamento, e indo em busca de uma alternativa terapêutica. Ressalta-se que, em consonância com a proposta da

medicina antropológica, de perceber a relação terapêutica como um 'encontro cármico', temos o seguinte comentário de Marinalva sobre seu primeiro encontro com Angela:

"Sei que meu anjo da guarda bateu com o dela que.. e ela nem tinha me visto, eu nem tinha visto ela, só vi ela passando"

Estávamos presentes nesta ocasião, quando Marinalva e seu cônjuge vieram para a primeira consulta de pré-natal. Marinalva já estava com 8 meses de gestação. Logo no início da consulta, Marinalva ergueu as mãos no ar e comentou "senti paz logo quando entrei aqui. Parece que todo meu nervoso sumiu!" Seu marido comentou que ela, "ficou traumatizada com o atendimento no posto".

Assim, nesse caso, aparentemente, o encontro terapêutico se reveste para a cliente de uma dimensão espiritual e de uma legitimidade que se afasta em muito da relação de submissão/subordinação (MONTERO:1985; LOYOLA: 1984), e de dependência (STARR: 1982) que, em geral, caracterizam a relação dos membros das camadas populares com a medicina oficial. Paradoxalmente, a "autoridade cultural" da medicina, que segundo STARR (1982:13) remete à esfera dos significados e idéias e:

"se refere a probabilidade que determinadas definições da realidade e julgamentos acerca de significados e valores prevalecerão como válidos e verdadeiros"

é reiterada quando Marinalva confunde Angela com uma médica, reconhecendo, assim, o valor dessa terapêutica oficial. Ao mesmo tempo, ela questiona a legitimidade da autoridade social do Dr. Roberto ao se negar a aderir a seu tratamento e a seu encaminhamento, indo em busca de outro serviço, pois, conforme STARR (1982:13) a autoridade social se remete à esfera das relações entre atores sociais e:

"envolve o controle de ações por intermédio de comandos que são dados "

Em nossa visão, uma das grandes contribuições do conceito de autoridade médica, tal como desenvolvida por Starr é a diferenciação que

faz entre essas duas esferas de autoridade, a cultural e a social, e o reconhecimento de que, embora, com frequência se associem, a autoridade social de um profissional, por exemplo, não implica necessariamente a autoridade cultural de sua linha terapêutica e, vice versa, isto é, a autoridade cultural de uma terapêutica não implica, necessariamente, na autoridade social de quem a exercita, isto é, da autoridade do profissional em relação à conduta a ser seguida. Acreditamos que a trajetória em busca de assistência, relatada por Marinalva, mostra a relevância desse conceito.

É preciso fazer a ressalva, entretanto, que em contraste com a frequência com que se tecem elogios acerca da relação terapêutica e da qualidade da assistência prestada por Angela, a dimensão espiritual, acima aludida, aparece pouco nos discursos das 'usuárias' entrevistadas.

Evidentemente, a ameaça de morte não foi uma estratégia eficaz para garantir a adesão de Marinalva ao encaminhamento indicado pelo médico do posto. Por outro lado, o medo da morte durante o parto passa a acompanhar Marinalva até o final da gravidez e o nascimento de seu filho. Como tinha pressão alta, Angela a encaminhou para o Hospital do Campo Limpo, para realizar o parto. Porém, antes de ir para o hospital, e certamente sob influência das palavras do Dr. Roberto, se despediu de toda sua família, pois achava que talvez não voltaria mais para casa.

Nem sempre, as pessoas da rede de relações pessoais, que indicavam o serviço, eram parentes. Por vezes, eram vizinhas e/ou amigas. Este foi o caso, por exemplo, de Sirlene, cuja vizinha e amiga foi atendida por Angela no pré-natal e parto. Ambas moravam no distrito do Jardim Ângela, em um bairro que ficava há, aproximadamente, uma hora de distância do ambulatório, de ônibus.

"Aí, como eu tinha uma colega que morava aqui perto na época...aqui no bairro e ela falava tão bem sobre o ambulatório Monte Azul, e eu fiquei tão receiosa daquele hospital, o Oswaldo Fôrceps<sup>77</sup> que eu acabei indo para lá, aí fiz o pré natal, direitinho."

---

<sup>77</sup> Durante toda a entrevista, chamou o hospital particular onde tinha convênio e no qual ganhou seu primeiro filho num parto vaginal em que utilizaram fórceps, segundo ela, desnecessariamente, por esse nome, aparentemente sem perceber. É possível que ela tenha sido atendida em um hospital da região sul denominado Evaldo Foz e Assim confundido o nome do hospital com o procedimento cirúrgico utilizado em seu parto. Em

Como Marinalva, Sirlene ficara muito bem impressionada pelo relato de sua vizinha acerca da sua experiência de parto e pelas visitas domiciliares de Angela, as quais pôde acompanhar. Ao mesmo tempo, tivera uma experiência de parto bastante traumática, em um hospital particular conveniado, o que a levou à procura de outras alternativas. Assim, quando engravidou pela segunda vez, foi fazer seu pré-natal e parto com Angela.

A maneira como esse serviço foi sendo reconhecido e divulgado por sua clientela de usuárias evidencia-se na fala de Sirlene:

“(....) o ambulatório Monte Azul é super bom mesmo, entendeu? Até eu comento com as minhas colegas mesmo que se tiver que ganhar nenê ou fazer algum tratamento é no ambulatório Monte Azul, por ser simples, porque, às vezes, as pessoas dizem: ah, o ambulatório Monte Azul é simples, não paga nada, mas não, não tem nada a ver. Você vê, no Hospital Oswaldo Fórceps, [onde Sirlene fez parte do pré-natal e parto anterior] paga, e eu não gostei nenhum pouco de lá e já no ambulatório Monte Azul não, eu não paguei nada e já... entendeu? Eu gostei do atendimento, das pessoas, do comportamento, né? (...) Olha, o que era legal era isso, você chegar e poder falar, poder conversar, entendeu? O atendimento deles, saber responder, ser legal com a gente, tá entendendo? Ter paciência, porque tem posto de saúde que não tem paciência e lá não, lá ela tem paciência, a dona Ângela, ela nossa! Além de ser uma ótima parteira, é uma excelente pessoa, não tenho nada para falar dela... é isso, é o lugar, é as pessoas, as pessoas sabem te tratar bem, é isso que faz o lugar ser legal.”

Freqüentemente, além de indicarem o serviço, as parentes, amigas, e/ou vizinhas acompanhavam a gestante ao ambulatório, encarregando-se de apresentá-lo à nova usuária, assim como os funcionários, tema que é melhor desenvolvido no capítulo seguinte.

É interessante notar que, em alguns casos, as indicações, além de serem múltiplas, também envolviam membros das redes de relações pessoais de distintos estratos sociais. Assim, as pessoas que indicavam o serviço às ‘usuárias’ eram, em geral, mulheres que haviam sido atendidas ali anteriormente, freqüentando o pré-natal e/ou realizando um ou mais partos com a assistência das obstetrizas. E, embora na maioria dos casos se tratasse de pessoas da mesma condição sócio-econômica, em uma das

---

todo caso, para ela e por diversas razões às quais voltaremos mais tarde, essa foi uma

entrevistas, fez-se menção a uma indicação que partiu da patroa da entrevistada. Efetivamente, embora fosse pouco freqüente, também encontramos alguns registros nas Fichas de Pré-natal e nos Livros de Parto em que se mencionam indicações do serviço por parte de patroas, assim como a presença de 'patroas', como acompanhantes.

Quatro, entre dez 'clientes particulares', com as quais conversamos, também tomaram contato com o serviço por intermédio de membros de suas redes de relações pessoais. Entretanto, nesses casos, não foram parentes ou vizinhos que indicaram o serviço e, sim, as amigas. Cabe salientar, aliás, que, em dois casos em que essa foi uma das fontes de indicação, as três amigas em questão (cada uma das duas entrevistadas soube da proposta por intermédio de uma pessoa diferente) também partilhavam de uma mesma 'comunidade de crenças' ou 'filosofia de vida'. Eram todas antroposóficas e duas, também, eram colegas de trabalho numa mesma empresa em que se conheceram, a Weleda, e formadas na mesma profissão, ambas eram farmacêuticas. Notamos, por outro lado, que foram poucas as mulheres da clientela do serviço, como um todo, e mesmo entre as 'clientes particulares', com as quais travamos contato ao longo da pesquisa, que se consideravam 'antroposóficas' ou que tinham algum vínculo, anterior ao parto, com a Antroposofia. Isto é, na grande maioria dos casos, não foi uma adesão explícita à concepção antroposófica do parto e nascimento, isto é, uma adesão à "autoridade cultural" da antroposofia, que levara as mulheres em questão à procura desse serviço.

A diferença, acima mencionada, entre os membros da rede de relações pessoais que indicam o serviço para a clientela 'particular' e para as 'usuárias' é, a nosso ver, bastante significativa, pois reflete distintos padrões de sociabilidade, associados à classe social e origem da clientela. As 'usuárias' do serviço, eram, em sua grande maioria, como vimos, membros das camadas populares urbanas e habitantes da periferia da Região Sul do Município de São Paulo. Parcela significativa dessa população é composta por migrantes de primeira e segunda geração,

oriundos, com freqüência, do meio rural, onde as redes de relações sociais, constituídas primordialmente por parentes e vizinhos, desempenham papéis de fundamental importância na vida social e econômica das famílias. Após a migração para o meio urbano, novas formas de sociabilidade são adquiridas, porém os parentes e vizinhos continuam a desempenhar papéis sociais relevantes, tanto na circulação de informações, como de bens e na prestação de serviços (DURHAM: 1973; RAMOS: 1976; TAUBE:1986; VINCENT: 1977; HAREVEN: 1977; NUSSENZWEIG: 1984 e 1985; FONSECA: 1995).

Mesmo entre membros de camadas populares, de origem urbana (STACK: 1975), muitas vezes, essas redes de relações pessoais tendem, em diversas situações de crise, a desempenharem funções que, em outros países ou contextos sociais, fazem parte das atribuições do estado de bem estar social.

Ao mesmo tempo, FONSECA (1997) demonstra que a mobilização de 'vastas redes de parentesco e vizinhança' por ocasião do parto entre mulheres de camadas populares não é um fenômeno peculiar ao contexto brasileiro, mas ocorre também entre mulheres de camadas populares de diversas origens étnicas, como pôde observar em uma maternidade pesquisada por ela na França.

Por outro lado, foi outro o padrão de sociabilidade da 'clientela particular', oriunda das camadas médias urbanas. Nessa clientela, a vizinhança parece não constituir uma referência importante na construção das redes de relações pessoais. Ademais, decisões concernentes ao 'estilo de vida', em geral, não são compartilhadas usualmente com membros da família de origem. Nesse sentido, informações e decisões referentes ao parto, principalmente quando se tratava de optar por realizar um parto 'alternativo', fora do hospital, não eram freqüentemente compartilhadas com membros da família de origem. Aliás, segundo Tania Salém (1989:28),

"a ânsia de diferenciação simbólica com respeito às família de origem" é uma das formas de expressão do ideal de conjugalidade do "casal grávido",

cujo referente sociológico, cabe lembrar, são as camadas médias urbanas ditas modernas. Essa atitude transparece claramente no discurso de Denise:

“É. Tanto é assim, na verdade que em família eu nem comentei muito essa situação de eu fazer parto fora de um hospital, porque eu percebo, assim, que quando a mulher está grávida, ela está muito mais susceptiva a informações, e, é incrível que parece que orelha de grávida, é assim, boca de lixo, tudo quanto é tipo de informação negativa, quer dizer, as pessoas tem *n* experiências, né, mas parece que só as experiências negativas que vão parar no ouvido da mulher grávida, né, as positivas quase não comentam, né. Então, assim, eu queria me abster um pouco deste tipo de informação, e tentar sentir por mim mesma o caminho que iria ser melhor para fazer o parto, para receber a minha filha, né. Então, assim, em família eu nem comentei muito essa idéia.”

Aliás, em alguns casos, os pais da entrevistada só foram informados sobre o local do parto e nascimento depois do evento.

O contraste com relação ao discurso sobre a família de origem e as atitudes dos seus membros (particularmente as irmãs e mães), seja na circulação de informações sobre gestação e parto, seja na participação nesses eventos, evidencia-se no depoimento de Marlene, uma das ‘usuárias’, cujo relato apresentamos:

“Eu já ouvia o pessoal (do bairro) falando. Que até pouco tempo atrás, antes de eu engravidar, antes de eu vir aqui na Angela, uma mulher colega da minha mãe teve nenê, né. E minha mãe foi lá na casa dela e ficou sabendo tudo direitinho como é que foi tudo. Que até ela ganhou na casa dela, que nem foi aqui, foi na casa dela. Que a Angela foi na casa dela. Então eu achei o máximo ela ter ido na casa da mulher pra ajudar ela a ganhar o bebê. Aí a minha mãe me contou, mas eu não tinha visto nada nem ninguém que tivesse, não, mas sempre fiquei sabendo de mulheres que tinham ganhado nenem aqui, né. Ou então em casa e ela ia lá.(...) Aí a minha mãe até ajudou ela até com o nenem dela porque ela não tinha ninguém aqui, sabe. A minha mãe ajudou fazer as coisas.(...)[Ela] mora lá perto da minha casa no Jardim Santo Antonio. Aí, minha mãe chegou em casa, nossa! Contou, porque achou demais, né! (...) Mas, então ela adorou, porque a minha mãe é mineira e lá em Minas mesmo o pessoal também é tudo parteira, né. Porque ela também foi ganhada em casa, minha mãe. Então a minha mãe achou demais ver isso aqui, né. (...)Daí minha mãe contou, né, acho que ficou abismada, me contou tudo. Eu falei,ai então é agora que eu vou ter meu filho. Porque eu falei mesmo para Angela, (...) se for para ir para o hospital, eu não vou. Eu não vou mesmo! Porque eu não quero ficar lá sozinha, sofrendo lá sozinha não, é muito ruim!”

A referência ao parto em hospital diz respeito à experiência da própria Marlene, quando do nascimento de sua primeira filha, que é apresentada em outro capítulo. Nota-se que, como em outros casos já relatados, a procura pelo serviço é motivada, tanto pelas referências positivas a respeito dele, como pelas referências negativas em relação a outros serviços disponíveis na região, dos quais teve conhecimento, seja por experiência própria, seja por relatos de pessoas da rede de relações pessoais das entrevistadas. Cabe acrescentar que a mãe de Marlene foi uma de suas acompanhantes, quando de seu parto e do nascimento de sua filha/neta, além do marido (de Marlene) e filha mais velha.

Marlene tem uma rede de relações sociais "densa" ou de "malha estreita", assim denominada pelo fato de que é composta por pessoas que têm múltiplos laços de relações sociais umas com as outras. Assim, parentes são, muitas vezes, vizinhos e colegas de trabalho ou de escola, simultaneamente. Este tipo de rede de relações sociais, muito comum entre membros de camadas populares urbanas em distintos contextos, tem sido associado a um padrão de família em que há uma segregação mais rígida de papéis conjugais, (BOTT:1976) a qual tem sido denominada "família tradicional", em contraposição à "família moderna" (FONSECA: 1997). Neste tipo de família "moderna" os papéis conjugais são mais indiferenciados, os cônjuges realizam mais atividades em conjunto e compartilham o ideário do casal grávido. Notamos que, em consonância com o padrão de sociabilidade da família tradicional, Marlene definiu o local mais apropriado para a realização do parto e o especialista habilitado para prestar atenção, a partir de conversas com outras mulheres, entre as quais se destaca sua mãe. Por outro lado, cabe salientar que, ao contrário do que talvez se poderia esperar, para Marlene era muito importante a presença de seu companheiro na cena de parto.

A indicação de profissionais ou serviços de saúde constituiu-se em outro mecanismo, pelo qual ambas as clientelas, tanto as 'usuárias' como as 'clientes particulares' travaram contato com o serviço em pauta. Durante a



pesquisa de campo, pudemos observar que, por vezes, as 'usuárias' eram encaminhadas ao ambulatório por funcionários, entre os quais, médicos e enfermeiras que atendiam nos postos de saúde da região. Segundo Angela, antes do PAS, havia um médico com a qual estabelecera uma boa relação de colaboração no Posto de Saúde do Jardim São Luís.<sup>78</sup>

Encaminhamentos de 'clientes particulares' para esse serviço por parte de profissionais de saúde, eram, aparentemente, realizados com certa frequência. Quatro, das dez clientes particulares entrevistadas, receberam indicações do Serviço de profissionais de saúde, três dos quais eram médicos 'alternativos', de distintas vertentes 'holísticas' de medicina.

Aos 7 meses de gestação, Leia foi encaminhada aos cuidados de Angela Gehrke da Silva por sua obstetra homeopata, quando esta resolveu mudar-se de São Paulo. Ela planejava fazer um parto domiciliar com essa obstetra que a indicou para Angela, pois conhecia e confiava em seu trabalho.

Denise, farmacêutica com formação antroposófica, soubera de Angela por intermédio de uma colega de trabalho, que havia feito seus partos com ela. Resolveu fazer um parto 'fora do hospital' e conversou com sua ginecologista e obstetra sobre o assunto. Esta tinha formação em medicina antroposófica, mas nessa época, não fazia partos domiciliares. Entretanto, quando solicitada por Denise, concordou em acompanhá-la em seu parto na Casa de Parto da ACOMA, pois seria atendida por Angela, com a qual havia trabalhado no ambulatório, atendendo a vários partos com ela e, inclusive, recebendo pacientes que ela transferia para dois hospitais, em que trabalhava.

Inês fora encaminhada à Angela por Melodie R. Venturi, paramédica norte-americana, então responsável pelo grupo de atendimento à maternidade do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde<sup>79</sup>, uma organização

---

<sup>78</sup> Comunicação pessoal Angela Gehrke da Silva da Silva

<sup>79</sup> Fundada em 1981, essa entidade feminista está engajada na luta em prol da garantia dos direitos da mulher à saúde, particularmente os direitos sexuais e reprodutivos. Além de seu engajamento político e das pesquisas que realiza, desde 1984, essa entidade oferece à uma clientela de mulheres de camadas populares e médias, serviços de saúde ambulatoriais, onde se procura colocar em prática "novos paradigmas de atendimento às mulheres" (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde: 2000: 19)

não-governamental, com a qual havia estabelecido um trabalho de colaboração, no início da década de noventa. Inês tinha uma amiga que também participava desse grupo e recebera o atendimento de Angela em um parto domiciliar. Com relação a essa 'parceria', Simone Diniz faz o seguinte comentário:

"O grupo (de atendimento à maternidade) passa a ter também a valiosa contribuição da parteira alemã Angela Gehrke da Silva, que participa das discussões de alternativas de parto. Junto com Melodie, oferece assistência a várias das mulheres que fazem parte do trabalho. Seu esforço foi muito bem sucedido ao brindar alternativas mais humanizadas e partos domiciliares, para os quais tinha grande experiência, como parteira do Ambulatório Monte Azul, zona sul da cidade de São Paulo.

As pacientes e seus parceiros contam emocionados sobre a oportunidade de viver o parto como evento familiar em sua própria casa, sobre como a coragem que o trabalho do grupo e a tranquilidade de Melodie e Angela os inspirou para enfrentarem os médicos e mesmo familiares que, em uma 'cultura da cesárea', não conseguiam confiar na segurança do parto normal e não hospitalar" (DINIZ:2000:91)

Percebemos que, tanto para a autora citada, como para a clientela do Coletivo, por ela referida, o serviço de atendimento ao parto em pauta era apreciado e reconhecido, pelo fato de oferecer a mulheres "alternativas mais humanizadas e partos domiciliares", tema que é abordado no capítulo 6.

Vera fez seu pré-natal em um hospital-escola de referência. A assistência prestada incluía, na época, um grupo de gestantes atendido por uma equipe de enfermagem, integrada, entre outras pessoas, por Silvia, uma aluna de enfermagem. Esta estava fazendo especialização em enfermagem obstétrica e já acompanhara partos atendidos por Angela no ambulatório. Quando soube que Vera queria ser acompanhada pelo seu parceiro no parto, possibilidade que o hospital em questão não oferecia a suas usuárias, ela lhe sugeriu que fizesse um parto domiciliar com Angela Gehrke da Silva. Vera se interessou pela proposta e, já no oitavo mês de gestação, foi ao ambulatório conhecer Angela e fazer sua primeira consulta de pré-natal com ela, acompanhada por Silvia e por seu parceiro.

Percebemos que o ambulatório e as obstetrizes, particularmente Angela, eram bastante conhecidas por profissionais de saúde, tanto na região onde se localizava o serviço, como fora dela. Considerado uma das responsabilidades dos membros da Associação Comunitária vinculados ao ambulatório, o contato com diferentes profissionais e com órgãos governamentais da área de saúde sempre foi estimulado pela ACOMA. Angela trata desse assunto em um dos relatórios produzidos pela entidade, em 1986<sup>80</sup>:

“Uma vez por semana, reunimo-nos (todos os funcionários e trabalhadores voluntários do ambulatório) para conferenciar sobre tudo que aconteceu durante a semana (....) Conversamos sobre conferências externas ou congressos, em que um de nós tenha participado. Quanto aos contatos externos, procuramos os hospitais, os postos de saúde e a possibilidade de recebermos ajuda financeira dos órgãos governamentais de saúde”

Ao longo da existência do ambulatório, este tem, efetivamente, estabelecido vários convênios e/ou acordos informais com órgãos públicos de distintos níveis governamentais e com entidades privadas, também<sup>81</sup>. No tocante especificamente ao serviço de atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto, no segundo semestre de 1997, quando iniciamos a pesquisa de campo, fomos informadas<sup>82</sup> que havia um acordo firmado com o Posto de Saúde do Jardim Mitsutami, da Prefeitura de São Paulo, segundo o qual os exames de sangue e urina de rotina, do pré-natal realizados no ambulatório da ACOMA, eram encaminhadas ao posto que os processavam na Escola Paulista de Medicina e devolviam os resultados para o serviço em pauta. No início da década de 90, durante a gestão de Luisa Erundina na Prefeitura, por um acordo estabelecido informalmente com o diretor de obstetrícia do Hospital Campo Limpo, Angela tinha livre acesso ao Hospital, podendo

---

<sup>80</sup> “Problemas de saúde na favela e o ambulatório” , 1986, Relatório mimeo fornecido gentilmente pelo ambulatório da ACOMA.

<sup>81</sup> Na segunda metade da década de '80 havia um convênio com a Clínica Tobias de medicina antroposófica, segundo o qual 3 leitos eram oferecidos permanentemente para o uso do ambulatório da ACOMA e alguns dos profissionais da Clínica trabalhavam ali algumas horas por semana. Estabeleceu-se um convênio, no início da década de noventa, com o Centro Materno-Infantil de Planejamento Familiar, dirigido por Dr. Nakamura.

<sup>82</sup> Comunicação pessoal Angela.

acompanhar as pacientes que, por ventura, tivera que transferir para lá, durante o parto e todo o período de internação<sup>83</sup>.

Assim, desde 1979, quando se instalou o primeiro ambulatório da ACOMA em um barraco de madeira, e, com mais afinco, a partir de 1985, quando foi inaugurado o novo ambulatório no edifício atual, a entidade reconhecia a necessidade de estreitar vínculos com outros profissionais, serviços e instituições de saúde, públicas e privadas, assim como de procurar diversas fontes de apoio financeiro. Para tanto, era de fundamental importância a divulgação da ACOMA e de seus diversos serviços.

Angela Gehrke da Silva certamente fez contribuições relevantes nessa direção. Desde 1983, quando ainda era voluntária da ACOMA, escrevia relatórios com suas impressões sobre a favela Monte Azul e o trabalho realizado pela ACOMA. Também mantinha estreito contato com a Clínica Tobias e com o Instituto de Medicina Antroposófica, Centro Paulus, onde por diversas vezes proferiu palestras sobre o trabalho realizado no ambulatório. A partir de 1986, por intermédio de uma aluna de enfermagem da USP, que conhecera seu trabalho através da Associação de Medicina Antroposófica, Angela Gehrke da Silva também passou a divulgar seu trabalho em cursos e congressos promovidos pela enfermagem.

Não é nossa intenção reproduzir toda a trajetória de contatos e de divulgação do trabalho da ACOMA ou mesmo do serviço de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto realizado por Angela Gehrke da Silva. A pequena digressão que fizemos teve apenas o intuito de indicar que essa era uma faceta de seu trabalho, desde o início, e que o reconhecimento da qualidade de seu trabalho entre profissionais de saúde ocorreu rapidamente. Assim, em meados da década de noventa, a indicação ou o encaminhamento ao ambulatório por profissionais de saúde já era uma meio bastante freqüente para tomar conhecimento desse serviço.

Chama atenção que, com exceção da aluna de enfermagem, todos os demais profissionais e serviços de saúde que encaminharam 'clientes particulares' ao Serviço pertenciam, de uma forma ou de outra, ao circuito

---

<sup>83</sup> Comunicação pessoal da Dra. Sara Sorrentina, Dra. Jovina Bovino; e Angela Gehrke da

‘alternativo’. Esse circuito, ou rede de atendimento alternativo à saúde, inclui profissionais homeopatas, antroposóficos e feministas, os quais, embora pudessem ter algumas concepções diferentes em relação à saúde, aderiam todos a modelos ‘holistas’ que se opunham à medicina alopata ‘oficial’ e ao modelo de parto hospitalar prevalecente no Brasil, em que a cesareana passou a figurar como forma ‘ideal’ de se prestar assistência à mulher e ao feto para parcela significativa dos profissionais de saúde (DINIZ: 1996; MELLO E SOUZA: 1994).

Outra forma de se entrar em contato com serviço e que pudemos notar durante a pesquisa de campo, era aquela intermediada por entidades de cunho social e/ou filantrópico, que mantinham algum tipo de relação – seja de parceria ou não – com a Associação Comunitária Monte Azul. Foi esse o caso de uma paciente atendida no pré-natal, que freqüentara o ambulatório e conhecera Angela desde criança, pois sua mãe trabalhava na creche do Semiador, entidade social situada próxima a Parelheiros e que mantinha um vínculo com a ACOMA.

Lilian, uma ‘cliente particular’ norte-americana, viera fazer pré-natal com Angela após uma visita ao projeto da ACOMA, quando tomou conhecimento do seu serviço de atendimento à maternidade. Ela e seu marido eram membros da Cavalry International Church, cuja congregação era situada em Campo Belo. Lá, eles também realizavam um trabalho de cunho filantrópico em uma favela e, por esse motivo, interessaram-se pelos serviços da ACOMA. Tiveram sua primeira filha em um hospital, a segunda nascera em um Centro de Nascimento na Flórida com a assistência de uma equipe de parteiras que trabalhava em conjunto com um obstetra. Desta vez, queriam fazer um parto domiciliar e por esse motivo, vieram conversar com Angela Gehrke da Silva.

Finalmente, os meios de comunicação de massa constituíam um outro mecanismo, através do qual parcela da clientela se informava sobre esse serviço. A princípio, poder-se-ia imaginar que esse seria um modo de se tomar conhecimento do serviço, tanto para ‘usuárias’, como para ‘clientes

particulares', já que, em meados de 1997, quando iniciamos a pesquisa de campo, várias reportagens já haviam sido realizadas sobre o mesmo, tanto na imprensa escrita quanto na televisão. Porém, todas as quatro entrevistadas que mencionaram terem se informado da ACOMA, do ambulatório, e/ou mais especificamente do atendimento à maternidade, ali prestado, por intermédio dos meios de comunicação de massa, eram 'clientes particulares'.

Em dois casos, elas se informaram do serviço, única e exclusivamente por um meio de comunicação de massa, antes da primeira consulta. Este é o caso de Manuela e seu esposo, ambos de origem espanhola e residentes, havia pouco, em São Paulo, quando de sua primeira gravidez. Manuela queria que o nascimento de seu filho se realizasse em sua casa e, como não conhecia muita gente em São Paulo, recorreu à Internet em busca de um serviço de atendimento a parto domiciliar:

“Então quando eu fiquei assim grávida, nossa, era difícil, né, porque eu aqui não conheço assim quase nada(...)foi pela Internet, né. Eu comecei a ir procurar, procurar, bom, endereços assim, encontrei um endereço de um parteiro, (...)que trabalha [com] parto natural lá na Espanha, nas Canárias. Então eu escrevi para ele (...) assim na Internet. (...)Então ele deu para mim o endereço desse Salvatore e tá-tá-tá, esse médico é de Campinas. Aí pedi uma resposta, tudo bem, tá-tá-tá, com endereço, telefone daqui. Mas procurando assim na Internet encontramos um, uma \_\_\_\_\_, casa de parto, né. O que é isto, né, Casa de parto? Então, lá nesse site tinha um telefone, (...) que era de uma amiga da Ângela, eu falei com uma mulher não me lembro o nome (...)ela deu pra mim o telefone da Ângela, liguei para a Ângela e já marcamos.”

Emília e seu marido freqüentavam um restaurante e associação macrobiótica, quando de sua primeira gestação. Foi por intermédio de um anúncio afixado no mural dessa associação que souberam do serviço. Todos os três filhos do casal nasceram em casa, em partos atendidos por Angela Gehrke da Silva.

Por outro lado, Denise e Lilian, acima mencionadas, já haviam se informado desse serviço, quando leram reportagens na imprensa a respeito do mesmo. Segundo elas, ler as reportagens foi importante, à medida que

ajudou ambas a fazerem a opção por realizarem seus partos com a assistência de Angela Gehrke da Silva.

Assim, para as moradoras das favelas Monte Azul e Peinha e o bairro Jardim Monte Azul, área de abrangência do ambulatório da ACOMA, o contato com a Associação e o ambulatório era facilitado pela sua proximidade e pela gama de serviços e atividades culturais realizadas pela ACOMA, com a participação da população local nas favelas e nos arredores.

Por outro lado, a grande maioria das mulheres que freqüentavam esse Serviço, em meados da década de 1990, já provinha de lugares mais distantes e se diferenciava claramente em duas modalidades de clientela – ‘usuárias’ e ‘clientes particulares’. Membros de ambas as categorias de clientes receberam informações acerca desse serviço ou foram a ele encaminhados por intermédio de mulheres de suas redes de relações pessoais que lhe deram referências bastante positivas a respeito do mesmo. No caso das usuárias, era comum estarem à procura de uma alternativa aos serviços de que dispunham de informações e sobre os quais tinham referências negativas, seja a partir de suas experiências pessoais em partos anteriores, seja de experiências que lhe foram relatadas por parentes, vizinhas e amigas. As redes de relações pessoais, constituídas por vizinhas, parentes e amigas era, para as ‘usuárias’ do serviço, o meio mais comum de entrarem em contato com o mesmo.

Alguns membros da ‘clientela particular’ também conheceram o serviço por intermédio de membros de suas redes de relações pessoais. Entretanto, uma diferenciação interessante, neste caso, é que a circulação de informações acerca de serviços ‘alternativos’ de atendimento ao parto, realiza-se por intermédio de amigas e não de vizinhas e/ou parentes, característica da rede de relações pessoais, que nos remete a diferenciações nas formas de sociabilidade que dizem respeito à classe social e origem das entrevistadas.

Ambas as clientela, também, são encaminhadas ao serviço por profissionais de saúde. Entretanto, no caso de ‘usuárias’, trata-se de indicações primordialmente dos postos de saúde da região, enquanto que no

caso de 'clientes particulares', os encaminhamentos são feitos freqüentemente por profissionais vinculados ao que denominamos "circuito alternativo", cujos membros aderem a alguma concepção, assim chamada 'holística', e que compartilham de algumas críticas ao modelo parto prevalecente no Brasil.

Tanto 'usuárias', como 'clientes particulares' souberam do serviço por intermédio de seu vínculo com alguma entidade de cunho assistencial e/ou filantrópico que se relacionava, na época, com a Monte Azul. Porém, apenas 'clientes particulares' nos relataram que souberam do serviço por intermédio dos meios de comunicação de massa.

Neste capítulo, pudemos apontar para algumas continuidades e discontinuidades entre as duas clientelas do serviço, que transparecem no modo como chegaram a ele. No próximo capítulo, apresentamos a caracterização do serviço de atendimento ao pré-natal e discussão sobre continuidades e discontinuidades em relação a avaliações do mesmo e ao uso que ambas as clientelas dele faziam.



## **8: O PRÉ-NATAL – CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES NA FORMA COMO ESSE SERVIÇO ERA UTILIZADO PELA CLIENTELA**

*"Á tarde, no ambulatório, no horário de consultas, nunca fica monótono. Cada dia traz novas surpresas, encontros humanos, estórias alegres, tristes, às vezes também tanto desespero, que permanece o sentimento de um vazio em não poder ajudar. Mas também existe a gratidão e a alegria das pessoas por um bom conselho dado, pelo saber ouvir e levar a sério o que dá a mim uma satisfação pelo trabalho realizado." - Angela Gehrke da Silva<sup>84</sup>*

### **8.1 Algumas características do atendimento ao pré-natal oferecido pelo ambulatório da ACOMA:**

A descrição da rotina do pré-natal que apresentamos é resultado da observação participante realizada durante a pesquisa de campo<sup>85</sup> e informações contidas em relatórios do ambulatório, redigidos por Angela Gehrke da Silva. Duas obstetrias, Angela Gehrke da Silva e Erika Alfe, realizavam o atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto, durante o período de estudo. Porém, a disponibilidade de tempo de cada uma delas para o trabalho na ACOMA era diferente, como também diferiam seus contratos de trabalho com essa instituição, ficando a responsabilidade pelo serviço de atendimento à maternidade a cargo de Angela Gehrke da Silva. No pré-natal, por exemplo, esta última atendia a consultas 3 meios períodos por semana, enquanto que Érika atendia um meio período por semana.

---

<sup>84</sup> GEHRKE DA SILVA, A. " A tarde de uma parteira no ambulatório" xerox cedido pelo Ambulatório da ACOMA, 03/07/86.

<sup>85</sup> Observamos a 132 consultas realizadas por Angela Gehrke no ambulatório da ACOMA entre 8/97 e 3/98, 105 das quais eram consultas de pré-natal.

Por esse motivo, e porque o serviço fora criado por Angela, que lhe imprimira sua marca pessoal e lá trabalhava havia muito mais tempo, optamos por realizar a observação participante apenas de suas consultas.

Para se marcar uma primeira consulta com as obstetrites, era preciso vir ao ambulatório cedo, de manhã, nos dias em que uma delas atendiam, e tirar uma ficha, pois o atendimento, nesta primeira consulta, era por ordem de chegada e um número limitado de 'fichas' era distribuído por período. Em dias ensolarados, quando Angela chegava para atender às 8 horas da manhã, a sala de espera costumava estar lotada, assim como os dois bancos de madeira e outro de ferro, instalados na plataforma, do lado externo da entrada do ambulatório. O ambiente era descontraído. Encontravam-se com frequência mulheres conversando entre elas e com crianças que, por vezes, também as acompanhavam, enquanto aguardavam sua vez, com suas fichas em mãos.

Pudemos notar, durante a pesquisa de campo, que era comum, entre as 'usuárias', irmãs, cunhadas e amigas grávidas freqüentarem juntas as consultas de pré-natal. Em contraste, a presença de homens, como acompanhantes de usuárias de pré-natal, era pouco freqüente entre essa clientela. Havia, também, distinções na forma de acompanhamento do pré-natal entre os gêneros. Os homens que acompanhavam eram companheiros das grávidas e, as raras vezes em que vinham, subiam juntos para a consulta. Era mais freqüente virem, alias, de forma mais pontual, particularmente para as consultas em que se faziam exames de ultra-som, exame que acompanhavam com grande curiosidade e entusiasmo, pois queriam estar presentes no momento em que se anunciava o sexo do bebê. As mulheres acompanhantes, por outro lado, raramente subiam juntas para a consulta, aguardando uma às outras na sala de espera.

Em contrapartida, entre a 'clientela particular', era comum as mulheres virem às consultas acompanhadas de seus companheiros e, por vezes, de seus filhos mais novos, os quais entravam juntos na sala de consultas. Porém, raramente eram acompanhadas por outras parentes e amigas.

Muitas 'usuárias' já conheciam as atendentes do ambulatório, algumas das quais eram suas vizinhas, moradoras das favelas Monte Azul ou Peinha ou então, do Jardim Monte Azul, onde se situa o ambulatório. Assim, era comum estas se engajarem num "dedo de prosa" com a clientela ao entrarem para trabalhar.

Em todas as consultas, de rotina, media-se a pressão arterial, o peso e a altura uterina. Durante o período de estudo, pudemos constatar que as consultas duravam, em média, cerca de 15 minutos, exceto a 1ª, que era um pouco mais longa, na qual se realizava uma anamnese, em que se colhiam informações acerca dos antecedentes familiares e pessoais. A primeira consulta era, também, um pouco mais demorada porque era necessário estabelecer um vínculo com a nova cliente que chegava, por vezes, bastante reticente. Como afirma Angela<sup>86</sup>:

"(...) Uma parte importante e que podemos conseguir no ambulatório é ter o contato humano com as pessoas e ser o ponto de encontro para solucionar problemas físicos e psíquicos.

(...)O primeiro contato é freqüentemente tímido e de sondar e um medo indizível ou afirmativo em precisar tirar a roupa que logo dá lugar a um alívio e descontração quando fica claro que não há necessidade para tal. (...)

(...) Através do medo e da grande tensão em uma consulta ginecológica., às vezes durante a conversa, rompe-se o gelo e as pessoas vem a contar sobre suas experiências e humilhações e elas sentem um grande alívio, mesmo que eu não diga nada, mas só fico ouvindo e fazendo perguntas para ajudá-las. "

Essa valorização do encontro e da escuta clínica é um dos aspectos do atendimento ao qual se dá bastante ênfase, tanto na abordagem Antroposófica, como vimos anteriormente, como em outras abordagens holísticas (DAVIS-FLOYD & ST. JOHN: 1998; GASKIN:2000). Trata-se, também, de um dos aspectos do atendimento valorizado pela clientela desse serviço e que o diferenciava de outras experiências com profissionais de saúde, como veremos adiante.

---

<sup>86</sup> GEHRKEDA SILVA, A. " A tarde de uma parteira no ambulatório" xerox cedido pelo Ambulatório da ACOMA, 03/07/86.

Notamos, ademais, a explicitação de um dos grandes obstáculos à realização desse encontro clínico, da perspectiva da profissional acima citada - o medo e a vergonha do exame ginecológico - característica de sua clientela de 'usuárias' e que é muito presente, particularmente entre as camadas populares de origem rural, cujo contato com a ginecologia e obstetrícia é recente. A exposição dos órgãos genitais, principalmente a vagina, era uma situação em que se sentiam muito intimidadas e serem tocadas por um estranho, mesmo que por motivos de saúde, era visto como um ato extremamente invasivo.

Ressalte-se que, em seu discurso, assim como em sua prática, conforme pudemos observar nas consultas, esses sentimentos eram tratados com muito respeito, buscando-se dar vazão a eles, acolhendo as mulheres e expondo-as o mínimo necessário.

As consultas e exames de rotina de pré-natal eram gratuitas. Aliás, é interessante notar que mesmo a clientela 'particular' não pagava pelas consultas de pré-natal. O pagamento da clientela 'particular' era feito ao final do atendimento de pré-natal, parto e pós-parto, pelo serviço como um todo.

Por outro lado, toda a clientela do ambulatório, independentemente do serviço que estivesse utilizando, seja o serviço de atendimento à maternidade, o serviço odontológico, ou outro qualquer que fosse, era estimulada, por cartazes afixados nas paredes, a colaborar para a continuidade e bom andamento do serviço, mediante contribuições, em espécie, de material de limpeza e higiene, etc.

O material para exames de rotina de pré-natal era coletado no ambulatório e a devolução às usuárias, em forma de resultados, ficava a cargo das parteiras responsáveis por esse atendimento. Esses exames eram processados gratuitamente por outro serviço. Na ocasião, coletava-se material sorológico para testes anti-HIV, os quais eram realizados, mediante o consentimento informado da cliente e preenchimento de um questionário específico para esse propósito.

Cobrava-se uma taxa para realização da ultra-sonografia, a qual era realizada com frequência pela clientela, constituindo-se quase que em uma das rotinas do pré-natal. Muitas 'usuárias' desse serviço vinham acompanhadas de seus companheiros, única e exclusivamente na consulta em que se faria o ultra-som, como mencionamos anteriormente, para receberem, juntos, a notícia sobre o sexo do bebê, motivo aliás, que justificava a grande procura por esse exame. Durante a pesquisa de campo conhecemos, inclusive, algumas gestantes que procuraram o ambulatório, a princípio, exclusivamente para realizar a ultra-sonografia, pois se tratava de um exame que, em alguns estabelecimentos públicos, demorava muito para se agendar e que era realizado a um preço considerado 'mais em conta' no ambulatório, do que em outros locais.

Esse exame era realizado por Angela Gehrke da Silva, muito embora soubesse que se tratava de um procedimento médico.<sup>87</sup>

Os medicamentos antroposóficos da WELEDA eram oferecidos pelo Ambulatório a preço de custo, conforme relatou sua coordenadora. Segundo Angela Gehrke da Silva, o fato de se cobrarem os medicamentos tinha um determinado significado:

"(...) os medicamentos têm um preço. Como normalmente usamos produtos homeopáticos da WELEDA, os quais pagamos com desconto, pedimos uma certa quantia, pois medicamentos dados não tem o devido valor"<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> Angela Gehrke da Silva recebera treinamento no manejo do ultra-som de um especialista, segundo me informara. Apreciava realizar este exame e aparentava ter perícia. Identificava rapidamente a posição do feto, seus membros e os órgãos internos e genitália, compartilhando essas informações com a gestante e seu(s) acompanhante(s) e fazia as medições que se fazem de rotina para aferir a idade e desenvolvimento fetal. A realização de alguns procedimentos considerados de competência exclusivamente médica, seja aqui no Brasil e/ou na Alemanha, era uma das características mais controversas de seu atendimento.

<sup>88</sup> Angela Gehrke da Silva "Problemas de saúde na favela e o ambulatório" 1986.

## **8.2 Continuidades e discontinuidades nos padrões de frequência ao serviço**

Buscamos, a seguir, apontar continuidades e discontinuidades nos padrões de atendimento de pré-natal, particularmente no que diz respeito à frequência com que a clientela utilizava-se deste serviço. Para tanto, optamos por privilegiar os registros dos Livros de Parto e, como fonte adicional de dados, em algumas situações, as Fichas de Pré-natal. Desprezamos, para essa finalidade, as informações contidas nas Declarações de Nascidos Vivo (SINASC), pois estas só fornecem informações acerca da quantidade de consultas a partir de faixas amplas e não contém informações mais precisas acerca do local de realização do pré-natal e do número de consultas realizadas, especificamente, no Ambulatório, como era possível depreender no registro do Livro de Parto<sup>89</sup>. Essa opção implicou trabalhar com o período de 24 meses, entre abril de '95 e março de '97, em que há 368 registros válidos<sup>90</sup> no Livro de Parto. Esses registros representam 65,2% do universo de estudo, constituído por 564 partos atendidos entre abril de '95 e março de '98<sup>91</sup>.

Nos dois anos acima mencionados, 301 mulheres, representando 81,8 % dos casos atendidos nesse período, realizaram pelo menos uma parte de seu pré-natal no ambulatório da ACOMA enquanto que 67 mulheres, ou 18,2 % da clientela não haviam feito, sequer, uma consulta no Serviço antes de ser atendida no parto. Nota-se que a grande maioria das mulheres atendidas no parto por este serviço fizeram ao menos uma parte do pré-natal no ambulatório da ACOMA. Entretanto, há uma proporção significativa de mulheres que não realizaram consultas de pré-natal nesse Serviço, particularmente se levarmos em consideração o fato de que passar

---

<sup>89</sup> As fichas SINASC tem um item intitulado "Número de consultas de pré-natal" em que aparecem as categorias: Nenhuma; Até 6; Mais de 6; e, Ignorado".

<sup>90</sup> Nesse período, há registros acerca de 369 atendimentos a partos, porém um registro foi desprezado para nossos propósitos, pois a entrada no Livro de Parto só indicava o nome da mãe e a data do atendimento.

<sup>91</sup> Como mencionamos na seção acerca dos procedimentos metodológicos, o 6º e último Livro de Parto da Casa de Parto da ACOMA, que continha os registros mais recentes de partos realizados até março de 1998, quando a casa de Parto foi fechada, não foi encontrado. Por isso trabalhamos com esse período menor, com as informações constantes nos registros do ambulatório e Casa de Parto.

em consultas de pré-natal com as obstetrizas responsáveis por este serviço no ambulatório era uma condição enunciada por elas e conhecida pela clientela, para que aquelas prestassem atenção ao parto.

Por outro lado, a realização do pré-natal era bastante valorizada pelas obstetrizas e parece ser critério de triagem entre as mulheres que não haviam feito sequer uma consulta no ambulatório. Entre estas últimas, 42 ou 62,7% realizaram todo o pré-natal em outro serviço; 10 ou 14,9% não fizeram pré-natal; e, em 15 casos, o que representa 22,3% das mulheres que não fizeram o pré-natal no ACOMA e 4,1% do total de registros de partos atendidos (15 em 368 casos), não constam informações sobre o pré-natal no Livro de Parto. Se considerarmos apenas os casos em que constam informações sobre o pré-natal no registro do Livro de Parto nesse período, notamos que em apenas 2,8% dos casos (10 dos 353 registros) aceitou-se fazer o parto de mulheres que não o tinham realizado.

Outro dado interessante diz respeito ao número de consultas realizadas no ambulatório da ACOMA pelas mulheres que freqüentaram este serviço (Tabela 26).

Tabela 26: Freqüência de consultas de pré-natal realizadas na ACOMA por mulheres que foram atendidas no parto entre 4/95 e 3/97 e fizeram ao menos uma consulta de pré-natal neste serviço.

No. de consultas	Usuárias		Particulares		Total	
	No	%	No.	%	No.	%
1	21	7,5	4	20,0	25	8,3
2	29	10,3	7	35,0	36	12,0
3	51	18,1	4	20,0	55	18,3
4	40	14,2	2	10,0	42	13,9
5	37	13,2	2	10,0	39	12,9
6	41	14,6	-	-	41	13,6
7	26	9,3	1	5,0	27	9,0
8	23	8,2	-	-	23	7,6
9	8	2,8	-	-	8	2,7
10 e +	5	1,8	-	-	5	1,7
Total	281	100,0	20	100,0	301	100,0

Fonte: Livros de Parto da ACOMA

Notamos que é muito variável o padrão de frequência à consulta, havendo, entre as clientes, aquelas que haviam passado apenas por uma consulta, e outras que tinham tido até 16 consultas de pré-natal. Essa variabilidade no número de consultas de pré-natal, realizadas no serviço, entre as mulheres que nele fizeram seus partos se deve, ao menos em parte, ao momento da gestação em que o mesmo era procurado. É o que sugere a seguinte afirmação de Angela Gehrke da Silva:

"As gestantes procuram-me em toda época com seu frasco de urina para teste, até aquelas que estão prestes a dar a luz. Quanto mais cedo elas chegam tanto melhor para mim, pois tenho a possibilidade de acompanhar toda a gestação e estabelece-se uma maior confiança até a data do parto."<sup>92</sup>

Porém, a grande maioria das mulheres havia realizado de 3 a 6 consultas nesse Serviço, com uma média de 4,6 consultas/gestante. Trata-se de uma média bastante próxima daquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde, de 5 consultas, muito embora haja uma grande proporção de mulheres (52,5%) que havia realizado um número menor de consultas do que este mínimo, ao menos quando consideramos apenas as consultas realizadas nesse serviço.

Ressalta-se que uma das diferenças significativas que encontramos nos padrões de utilização do serviço de atendimento à maternidade ao compararmos as duas categorias de clientela - 'usuárias' e 'clientes particulares' - diz respeito à frequência de consultas de pré-natal que realizavam com as parteiras. Como indica a Tabela 26, a maioria das 'usuárias' (60,1%) realizaram entre 3 e 6 consultas de pré-natal no serviço, sendo a média de consultas dessa clientela 4,7, um valor próximo à média geral, já que as 'usuárias' representavam a grande maioria da clientela.

Por outro lado, ao considerar as 20 'clientes particulares', assim identificadas nas fichas de pré-natal, que foram atendidas pelo serviço no parto no período entre abril de 1995 e março de 1997, verificamos que 75% destas fizeram até 3 consultas de pré-natal, sendo a média de consultas

---

<sup>92</sup> GEHRKE DA SILVA, A. " A tarde de uma parteira no ambulatório" xerox cedido pelo Ambulatório da ACOMA, 03/07/86.



entre as mulheres desta clientela de 2,7. Esse número médio menor de consultas no ambulatório por parte de sua 'clientela particular' não significa que esta não valorizasse o pré-natal ou que, no cômputo geral, tendia a fazer menos consultas de pré-natal do que as 'usuárias'. Ocorre que as 'clientes particulares' realizavam a maior parte de suas consultas de pré-natal em outros serviços públicos, conveniados ou particulares, onde eram atendidas por ginecologistas. Essas diferenças no número de consultas de pré-natal realizadas no serviço refletem, como procuraremos mostrar, diferenças significativas entre essas clientelas quanto as concepções e práticas em relação ao parto e ao serviço em questão.

Estudo qualitativo realizada por FIGUEIREDO (1999) entre usuárias do ambulatório da ACOMA de camadas populares, moradoras das favelas e de bairros contíguos ao serviço, aponta que havia, por parte dessas, um fluxo entre o ambulatório e os postos de saúde da região, que conviviam de forma complementar. Era comum a utilização dos postos de saúde locais na ausência das profissionais da ACOMA, ou para ter acesso a exames ou medicamentos gratuitos quando estes não se encontravam à disposição dessa clientela no Ambulatório. Levavam os cartões de pré-natal da ACOMA às consultas nesses postos e os profissionais preenchiam estes cartões com os dados da consulta e os devolviam para as mulheres.

Ao mesmo tempo, no trabalho de campo, pudemos verificar, como mencionamos no capítulo anterior, que profissionais dos postos da região também indicavam o serviço da ACOMA para sua clientela quando enfrentavam dificuldades em atendê-la.

Esse uso complementar, e por vezes concomitante do serviço público e do Ambulatório, aponta para uma das facetas da cooperação que se estabeleceu entre profissionais desses serviços. Também revela uma das formas através das quais profissionais de saúde de serviços públicos da região contribuíram para constituir e legitimar a autoridade profissional das parteiras que atendiam no ambulatório. Por outro lado, insatisfações com alguns aspectos da qualidade de atendimento nos serviços de saúde conveniados ao SUS ou particulares, aos quais essa população tinha

acesso, também contribuíram para direcionar o fluxo preferencialmente para este Serviço e legitimar a autoridade das profissionais responsáveis, como vimos no capítulo anterior.

Nosso levantamento quantitativo e as entrevistas realizadas com usuárias que viviam em bairros mais distantes confirmam a preferência nítida pelo Ambulatório para o acompanhamento do pré-natal, por parte das usuárias das camadas populares, já constatada por Figueiredo:

"relevam o bom atendimento (no ambulatório da ACOMA) e, devido ao contato com o atendimento diferenciado do Ambulatório, parecem se tornar até mais exigentes, pois vêm que existe possibilidade de um serviço que consideram mais humano e afetivo;" (FIGUEIREDO:1999:55)

É o que podemos constatar no seguinte depoimento de Marlene, acerca de sua primeira consulta de pré-natal com Angela Gehrke da Silva:

"Eu gostei [do pré-natal] porque a Angela deixa a gente a vontade. No hospital ou no posto sempre geralmente é homem e a gente já não fica à vontade, já vai, né, com vergonha. Não sabe, não consegue falar o que tá sentindo, o que quer. Eu mesmo se eu fosse para um ginecologista no posto eu não saberia falar que eu tava querendo engravidar, que eu queria fazer exame, eu não saberia falar."

É interessante notar que, para essa usuária, um dos problemas a ser enfrentado nos postos e hospitais é o fato de o atendimento ser realizado, em geral, por pessoa do sexo masculino. Isto é, para ela, discutir assuntos ligados à sexualidade e à reprodução com uma pessoa do sexo oposto é difícil, sendo um motivo adicional para que aflorem sentimentos de vergonha e inibição. Aparentemente, normas e convenções associadas a uma determinada concepção das relações entre gêneros, estariam norteando a abordagem de temas relacionados à sexualidade e à reprodução com os profissionais de saúde. Sua fala sugere que essas normas e/ou convenções estariam, por um lado, dificultando o contato com profissionais de sexo masculino, que prevalecem em outros serviços, segundo ela, e, por outro lado, estariam facilitando o contato com as obstetrizes no serviço em pauta. Porém, não basta ser do mesmo sexo para se "sentir à vontade" para falar

de determinados temas. Marlene deixa claro em sua fala abaixo, que até mesmo com certas mulheres, como sua mãe, por exemplo, não tinha a 'liberdade' para discutir assuntos relacionados à sexualidade e reprodução.

Por outro lado, o fato dos profissionais serem homens não é a única dificuldade à qual Marlene se refere quando discute o atendimento nos postos de saúde e hospitais:

"A gente não fica à vontade para falar assim com um homem ou um médico do posto porque eles não dão muita atenção assim para gente. A Angela, não, dá tanta atenção que a gente já chega aqui querendo falar, mas não querendo e olhando para ela, ela já faz que a gente fala tudo. Parece que ela puxa assim para a gente falar tudo que a gente tá sentindo. Então eu gostei por causa disso. Porque a gente não tem liberdade, nem com, com, eu mesmo não tenho liberdade tanto com a minha mãe. E com a Angela eu tenho. Eu cheguei e falei para ela mesmo tudo o que eu queria e ela pegou e foi com a maior atenção, me explicou tudo direitinho então eu gostei dela. Alias, para eu falar com, para médico, assim para ginecologista esses exames que a gente faz, papanicolau essas coisas, eu acho que se não tiver a Angela eu não vou com mais ninguém. Eu vou é com ela porque com ela é à vontade, não dá vergonha, a gente sabe falar tudo o que a gente tá sentindo, então eu gostei dela por isso, que ela deixa a gente bem à vontade."

Outro obstáculo ao qual se refere é a falta de disponibilidade dos profissionais nos postos de saúde e hospitais. O tema da falta de atenção em outros serviços e da qualidade de atenção que caracterizava este serviço é recorrente, aliás, nas entrevistas. No caso específico de Marlene, há uma tentativa de explicitar, na citação abaixo, quando o tema é retomado, ao menos um dos motivos pela característica falta de atenção e maus tratos - a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. Por outro lado, nota-se acima a menção as explicações ofertadas de maneira clara no Serviço em pauta, outro aspecto do atendimento apreciado pela clientela e que contrasta com a situação que enfrentam com outros profissionais de saúde.

Finalmente, a vergonha de expor o corpo no momento da consulta é tema tão delicado que, na entrevista, ele é abordado de forma indireta. Fala-se da dificuldade de se fazerem certos exames ginecológicos, como o papanicolau, com outros profissionais, que não a deixariam 'a vontade'.

"E também é mais organizadinho, né. É mais organizado porque no hospital é tudo aquilo de gente para atender, então eu acho que eles não tem aquele, aquela paciência de tá tratando a gente bem, por causa que é muito gente, né. Aí eles não tratam muito bem, mas a Angela trata. Todo mundo é igual, é muito boa, eu gostei muito dela. A gente não tem mais nem palavras mais pra falar mais dela porque se tivesse eu falava porque ela é muito legal."

Uma relação de complementaridade bem distinta era estabelecida pela 'clientela particular' das parteiras que freqüentavam o serviço. Essas clientes, de praxe, não comunicavam aos seus médicos que utilizavam outro serviço de pré-natal e tampouco lhes diziam que pretendiam fazer seus partos fora do hospital. As parteiras porém, sabiam que elas freqüentavam, concomitantemente, outro serviço. Alias, raramente essa clientela fazia mais de 2 ou 3 consultas de pré-natal, pois, aparentemente, procuravam as parteiras com o intuito de fazerem o parto e realizavam seu pré-natal em outro serviço, no qual eram atendidas por obstetras.

A conveniência era um dos motivos da preferência por outro serviço, já que essa clientela morava em bairros de São Paulo, distantes do Ambulatório. Além disso, parcela delas tinham acesso a um serviço público ou conveniado que consideravam de boa qualidade.

Porém, mesmo entre as clientes particulares, encontramos indícios de insatisfação com relação ao atendimento pré-natal, particularmente quanto aos serviços conveniados ao SUS. Em seu depoimento escrito<sup>93</sup>, Helena afirma que ela e seu marido conheceram Angela logo no início de sua primeira gestação. Descrevem a opção por fazer o pré-natal,

---

<sup>93</sup> Esse depoimento é um dos vários que foram redigidos pela clientela particular de Angela Gehrke da Silva e anexados, como documentação, ao Ministério de Educação em 1996, quando se fizera uma solicitação formal ao MEC e à USP para revalidar seu diploma alemão de parteira ou obstetriz

simultaneamente no ambulatório com Angela Gehrke da Silva e no Hospital do Servidor Público Estadual, nos seguintes termos:

"(...) sonhávamos com essa criança que viria ao mundo, sentíamos uma grande responsabilidade por tudo que pudesse acontecer com a criança e até mesmo comigo, como gestante. Queríamos muito poder dar, desde o início, o melhor de nós, o nosso maior amor. Assim resolvemos que faríamos o pré-natal com a Angela e no Hospital do Servidor Público Estadual, caso precisássemos de um hospital na hora do parto."

Note-se, abaixo, o contraste estabelecido entre os dois serviços:

"(...) A cada consulta que tínhamos com a Angela, mais aprendíamos sobre o processo de nascimento de um bebê, mais confiança adquiríamos na PESSOA da Angela. Sentíamos que além de conhecimento sobre desenvolvimento, nascimento e pós parto, a Angela se envolvia de forma afetiva conosco e com o nosso bebê, que estava sendo gerado. Já o que vivenciávamos no Hospital do Servidor Público Estadual cada vez mais nos deixava inseguros e com medo de vir a precisar usá-lo; o atendimento nas consultas era algo desumano, o marido não podia participar das consultas, eu e muitas mulheres, com as quais tive a oportunidade de conversar, quando perguntávamos aos médicos sobre alguma dúvida, ele não se davam ao trabalho de responder, de esclarecer e orientar (passei por vários médicos, para ver se encontrava algum mais humano). A relação dos médicos com a paciente era técnica, por isso se limitava a medir o tamanho da criança e outros exames de rotina, sentíamos que para aqueles médicos a vida da criança que estava para vir ao mundo, os sentimentos de uma mulher gestante não tinham nenhuma importância."

Em sua segunda gestação, estava morando em Jundiaí e resolveu adotar o mesmo procedimento de realizar simultaneamente o pré-natal com Angela e em um serviço público à qual tinha acesso por ser funcionária estadual. Faz o seguinte comentário sobre essa experiência :

(...)"Pudemos observar que a relação se repetiu, enquanto com a Angela vivenciávamos o processo de

forma humana, onde o nosso bebe era recebido com carinho, no INAMPS eu, a gestante, era tratada como mais uma, e o bebe, como mais um, sentíamos como se estivéssemos sobrando. Durante os 9 meses troquei algumas vezes de médico, para ver se encontrava algum mais próximo do que nós entendíamos que deveria ser um acompanhamento pré-natal. Nesta gestação tive novamente medo de precisar do hospital numa emergência, pois além do relacionamento frio, existia também uma certa incompetência dos funcionários do hospital."

Os depoimentos de Helena retomam alguns dos motivos de insatisfação ou descontentamento com os serviços de assistência ao parto e nascimento conveniados ao SUS, presentes na fala de Marlene e que aparecem reiteradamente nas entrevistas - a falta de atenção, de disponibilidade e de paciência no atendimento prestado. Ao contrário de Marlene, Helena não sentia dificuldade em formular perguntas e explicitar dúvidas. Assim mesmo, refere que suas tentativas de estabelecer um diálogo com diversos profissionais foram sempre frustrantes. Suas dúvidas e perguntas simplesmente não recebem resposta. O desinteresse dos profissionais e o relacionamento, que qualifica de 'frio', faz com que não se sinta reconhecida como indivíduo e comenta que, *"era tratada como mais uma, e o bebê, como mais um, sentíamos como se estivéssemos sobrando"*. Isso resulta em uma falta de confiança nos profissionais e no serviço e até em temor quanto à necessidade de recorrer aos hospitais em questão.

Em contraste, o vínculo estabelecido com a parteira da ACOMA é descrito como bastante satisfatório, tendo por base um acompanhamento considerado competente e atencioso em relação ao desenvolvimento da gestação e afetuoso em relação a ela, seu companheiro e à criança que estava por nascer. A ênfase do discurso recai, em alguns momentos, sobre o tratamento individualizado dispensado pela profissional, como por exemplo, quando afirma, *"Sentíamos que além de conhecimento sobre desenvolvimento, nascimento e pós parto, a Angela se envolvia de forma afetiva conosco e com o nosso bebê, que estava sendo gerado"*. É a esse contraste que se refere quando qualifica a vivência do processo de

atendimento com a Angela como 'humano' e aquele que caracteriza suas experiências com os serviços conveniados ao SUS, referidos nas duas gestações, como 'desumano'.

Cabe acrescentar que, para Helena como para outros membros da 'clientela particular' do ACOMA, uma das queixas em relação aos serviços conveniados ao SUS é a proibição ao acompanhamento nas consultas de pré-natal, também considerado um aspecto desumano destes últimos, como se pode constatar, também, no seguinte relato de Cecília<sup>94</sup>:

"(...) Além das enormes filas que tínhamos que enfrentar, lembro-me que na primeira consulta (consulta na qual deveria conhecer meu médico que inclusive, não escolhi e que nem sequer tinha a certeza de que ele assistiria meu parto) meu marido foi impedido de entrar no consultório comigo. Mais que a ele, isso me desagradou profundamente, pois estava muito insegura e não tinha em quem me apoiar. Ao entrar na sala, estava tremendo e não pude conter as lágrimas. Por esse motivo, fui tratada com cinismo e desprezo. Saí de lá convicta de que nunca mais queria voltar."

Ao mesmo tempo, o atendimento por obstetras e/ou por serviços hospitalares também se revestia de outros significados para parcela das 'clientes particulares'. Por um lado, como podemos observar no discurso de Helena, freqüentar o pré-natal em um serviço hospitalar ao qual tinha acesso como servidora pública, era uma medida de precaução. Embora qualificasse o atendimento recebido nos hospitais que freqüentara como desumano e temesse a eventualidade de a eles ter que recorrer, essa eventualidade estava prevista por ela e seu companheiro. Em outras palavras, sua 'opção' por fazer o parto domiciliar implicava que os riscos que priorizava eram diferentes daqueles de outras mulheres que não considerariam essa possibilidade (DOUGLAS & WILDAVSKY: 1982; ROTHMAN: 1982). Entretanto, tratava-se de uma escolha, à medida que tinha consciência de

---

<sup>94</sup> Trata-se de mais um dos depoimentos redigidos pela clientela particular de Angela Gehrke como documentação ao Ministério de Educação em 1996, quando se fizera uma solicitação formal ao MEC e à USP para revalidar seu diploma alemão de parteira ou obstetriz

que havia riscos implícitos, tanto no parto realizado no hospital, como fora dele. Assim, buscava preparar-se para ambas as situações. Caso tudo estivesse bem, realizaria seu parto em casa, porém caso fosse necessário, "*numa emergência*", como Helena afirma acima, teria como recorrer aos cuidados dos profissionais e do serviço ao qual tinha acesso.

Ao mesmo tempo, para parcela da 'clientela particular', o pré-natal acompanhado por obstetra em consultório ou em um serviço hospitalar, propiciava-lhes uma maior segurança em relação ao desenvolvimento da gestação e confiança com relação aos seus corpos durante o trabalho de parto. Embora essa parcela da clientela valorizasse o trabalho da parteira, não dispensavam a autoridade do profissional com formação médica e, tampouco, a tecnologia mais sofisticada à qual tinham acesso em outros serviços que lhes eram disponíveis. Era o caso de Vera, por exemplo, que, como vimos no capítulo anterior, realizara seu pré-natal em um hospital-escola de referência. Quando Vera entrou em trabalho de parto em sua primeira gestação, foi até o serviço hospitalar onde realizara seu pré-natal para se submeter a exames, inclusive a um monitoramento fetal. Depois de se certificar que estava tudo em ordem, convenceu as atendedoras a não interná-la, argumentando que tinha acesso a um serviço conveniado onde seu marido poderia acompanhá-la no parto. Só então procurou a parteira.

Percebe-se que a 'clientela particular' procurava o serviço com o intuito específico de realizar o parto fora do hospital, o que não era, necessariamente, o motivo que levava as usuárias a procurarem o mesmo. Assim, outra indagação que surgiu em relação ao pré-natal, particularmente no que diz respeito a sua clientela de 'usuárias', era qual a proporção de 'usuárias' que realizavam o pré-natal no serviço e que aderiram à proposta de parto fora do hospital, isto é qual a frequência com que as usuárias do pré-natal da ACOMA procuravam o atendimento das obstetrias na hora do parto. Para responder a essa questão, recorreremos às fichas de pré-natal do ambulatório, as quais ordenamos, segundo a data provável de parto.

---



Enfrentamos certa dificuldade com esse empreendimento pois, embora contássemos sempre com o consentimento e apoio do ambulatório para a realização desta pesquisa, o serviço em pauta não dava o que considerávamos a devida importância para a organização e arquivamento das fichas de pré-natal, fonte importante de dados para a avaliação da qualidade do serviço e para traçar o perfil sócio-epidemiológico de sua clientela. Assim, quando procuramos cotejar as informações constantes nos livros de partos sobre o pré-natal, com aquelas constantes nas fichas de pré-natal, descobrimos que havia vários períodos em que não fora possível localizar as fichas.

Selecionamos, então, um período de nove meses, entre abril de 1995 e dezembro de 1995, em que foi possível localizar todas as fichas de pré-natal mencionadas no Livro de Parto, para podermos responder à indagação acima mencionada, isto é, qual a proporção de mulheres que haviam feito o pré-natal no Serviço e que efetivamente realizaram o seu parto no mesmo, com assistência de obstetriz ?

Neste período (4/95 a 12/95) foram registrados 134 partos, o que representa 24% do total de mulheres e recém-nascidos em estudo. Cabe ressaltar que a proporção de mulheres atendidas no parto neste período e que haviam realizado ao menos uma consulta de pré-natal no ambulatório da ACOMA, correspondeu a 81,3%, ou seja, muito próximo da percentagem que encontramos no período de 24 meses com o qual trabalhamos com registros do Livro de Parto, o que é indicativo da representatividade dos dados desse período menor de nove meses.

Em relação ao atendimento ao parto, os resultados do levantamento empreendido revelaram que quase metade (44,2%) das mulheres atendidas pelo Ambulatório no pré-natal foram atendidas no parto pelas obstetrizes que trabalhavam nesse serviço.<sup>95</sup> A proporção de mulheres que aderiram à proposta de parto fora do hospital e que foram atendidas pelas obstetrizes

---

<sup>95</sup> Do total de 303 mulheres, cujas fichas de pré-natal do Ambulatório indicam que suas datas prováveis de parto se inseriam no período entre 4/95 e 12/95, 134 receberam assistência ao parto e tiveram seus nomes e dados de seus atendimentos registrados nos Livro de Partos, preenchidos por profissionais vinculados ao serviço.

nos parece relativamente grande, se considerarmos que o modelo dominante de parto é o hospitalar.

Há que se considerar, por outro lado, que mais de metade (55,8 %) das mulheres atendidas pelo serviço de pré-natal da ACOMA, com datas previstas de parto no período estudado, isto é, entre abril e dezembro de 1995, não foram atendidas por esse serviço por ocasião do parto e nascimento de seus filhos. Parcela destas procurou o Serviço e não foi atendida, seja porque foi transferida pelas parteiras para outros serviços de atenção ao parto, por critérios clínicos empregados pelo Serviço para se definir risco, ou porque o Serviço não comportava parte da demanda. Este segundo caso ocorria, por exemplo, quando a parteira responsável pela maioria dos partos do serviço, e que se dedicava tempo integral ao trabalho no ACOMA se ausentava, seja para férias, seja por motivos de doença. Em sua ausência, apenas algumas mulheres eram atendidas dentro da disponibilidade bem mais restrita da outra parteira que ali trabalhava, ou de outros profissionais seus conhecidos. Esses períodos de ausência da parteira Angela Gehrke da Silva coincidem com os meses de queda mais brusca no número de Fichas SINASC.

Outra parcela das mulheres, atendidas no pré-natal, não procurou o serviço para realizar seus partos, ou por intercorrências ocorridas no final da gravidez, o que a levou a procurar um hospital, ou, porque efetivamente preferiu ter seu parto dentro de um hospital.

No próximo capítulo, apresentamos a discussão sobre os valores que nortearam as decisões de mulheres entrevistadas, pertencentes às duas clientela, quanto a realizarem seus partos neste Serviço ou em um hospital.

## **9. ACERCA DO PARTO**

### ***9.1 Algumas características do atendimento ao parto oferecidos pelo ambulatório da ACOMA***

Uma das razões, pelas quais o serviço de atendimento ao parto da ACOMA se distinguia e se diferenciava de outras maternidades existentes no município de São Paulo, foi por ter sido o primeiro, na década de 1980, a oferecer à sua clientela a possibilidade de realizar um parto ambulatorial e receber seus recém-nascidos 'fora' do hospital.<sup>96</sup> Ambas as clientelas - 'usuárias' e 'clientes particulares' podiam fazer seus partos no ambulatório e, a partir da inauguração da Casa de Partos da ACOMA, em julho de 1997, este serviço foi para lá transferido. Ao mesmo tempo, parte da clientela, também, podia optar por dar à luz em casa. Essa possibilidade era oferecida, a princípio, para a clientela particular, porém diversas 'usuárias' da ACOMA, pela proximidade que tinham com as obstetrites responsáveis pelo serviço, também, puderam usufruir dessa opção.

No caso do parto ambulatorial, se a mãe e o bebê estivessem bem, eram levadas pela parteira para casa, poucas horas depois do parto. No caso do parto domiciliar, era a parteira que regressava à sua residência, algumas horas depois.

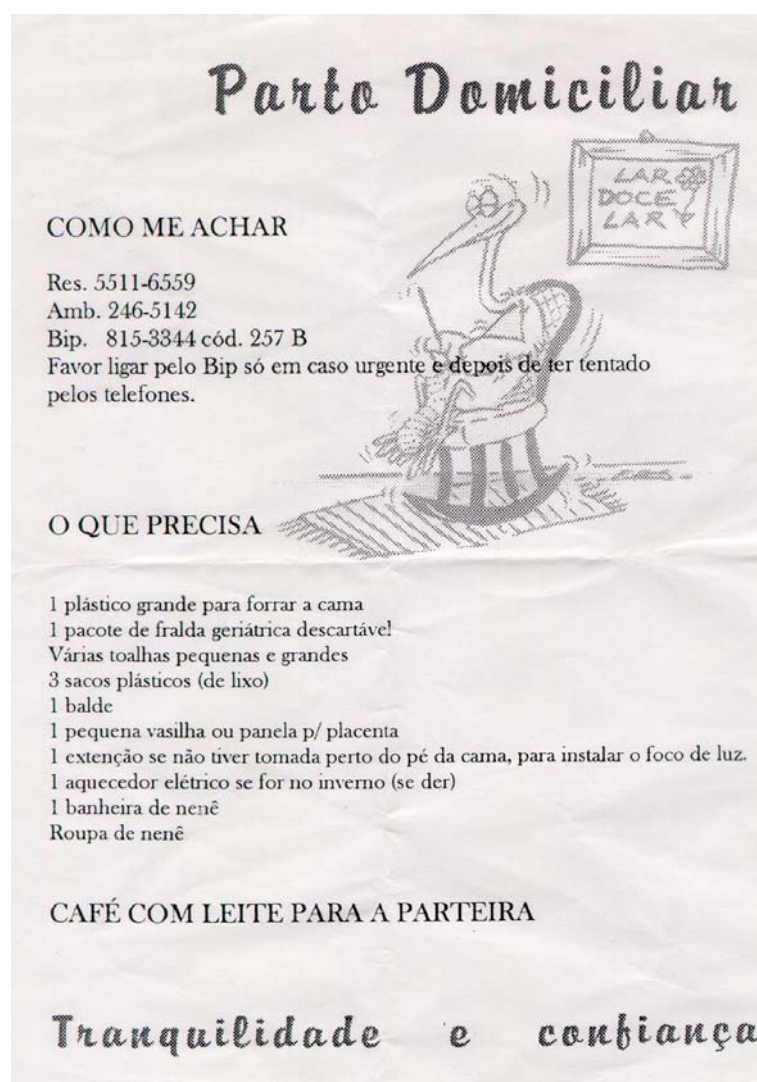
Pedia-se à gestante que, quando viesse ao ambulatório ou Casa de Partos para dar à luz, trouxesse uma toalha, uma troca de roupas para si, e roupinhas e fraldas para o bebê. Porém, em casos em que isso não ocorria por algum motivo, as obstetrites providenciavam fraldas e roupas para o recém-nascido<sup>97</sup>.

---

<sup>96</sup> Como já mencionamos anteriormente, ela serviu de inspiração para a criação da Casa de Partos de Sapobemba do Projeto Qualis, inaugurada em 10/98, e, segundo David Capistrano Jr., em reportagem da Folha de São Paulo de 12/3/2000, foi modelo inspirador da política de incentivos às Casas de Parto do governo federal, sendo considerada por este, "percursora das Casas de Parto no Brasil".

<sup>97</sup> Donativos feitos à ACOMA eram separados, lavados e passados para essa finalidade e ficavam guardados na Casa de Partos para eventuais necessidades.

No caso do parto domiciliar, era entregue o seguinte impresso para a gestante:



Tanto no caso do parto ambulatorial, como no caso do parto domiciliar, a mãe e o bebê recebiam uma ou mais visitas domiciliares da parteira, conforme a necessidade, nos primeiros dias após o parto.

Pedia-se à clientela uma "contribuição" pelo atendimento. Segundo Angela Gehrke da Silva, essa contribuição não era obrigatória, mas no caso das 'usuárias', girava em torno de R\$20,00 a R\$30,00, no segundo semestre de 1997. Nessa época, as 'clientes particulares' pagavam em torno de R\$ 500,00, porém, nesse caso, também era comum a própria cliente fixar o

preço, de acordo com suas possibilidades. Tendo em vista que o salário mínimo da época era de R\$120,00, correspondia, no caso das 'usuárias', a 16,7% e 25% do salário mínimo e, quanto às 'clientes particulares', a 417% do salário mínimo. Em ambos os casos, a forma de pagamento, se à vista ou parcelado, era fruto de um acordo entre a cliente e a parteira. O que nos chama atenção é que, na esfera do pagamento, como em outras esferas, procurava-se imprimir ao contrato uma singularidade ou um tratamento individualizado, em consonância com o ideário antropológico.

Outro aspecto do Serviço, que o diferenciava dos demais no Estado de São Paulo, era a formação profissional das pessoas responsáveis pelo atendimento. No período de estudo, entre abril de 1995 e março de 1998, segundo os registros nos Livros de Parto e as Declarações de Nascidos Vivos, 97% dos partos realizados por esse serviço (546 dos 563 registros em que constam informações acerca do profissional responsável) foram atendidos pelas duas parteiras ou obstetrites, formadas na Alemanha. Segundo nosso levantamento, 87% dos partos (490) foram atendidos por Angela Gehrke da Silva; 10% (56), por Erika Alfe; 1 parto ou 0,2%, por outra 'parteira', conhecida de Angela Gehrke da Silva; 0,5% (3), por uma auxiliar de enfermagem, que trabalhou no ambulatório sob supervisão de Angela Gehrke da Silva; 1,4% (8), por ginecologistas e obstetrites; e 0,9% (5), por enfermeiras obstétricas. Cabe salientar que os obstetrites e enfermeiras, acima mencionados, colaboraram com o serviço, substituindo as parteiras em sua ausência.

No período de estudo, o qual contempla os últimos 36 meses de atividade do serviço<sup>98</sup>, foram realizados 564 partos, o que representa uma média de 15,7 partos por mês.

Dos 564 partos atendidos, 503, isto é 89,2%, foram atendidos no local do serviço - 364 (64,5%) no Ambulatório e 139 (24,6%) na Casa de Partos - e 37, isto é, 6,6 %, foram atendidos no domicílio. Os 24 casos restantes,

---

<sup>98</sup> Angela Gehrke da Silva continuou realizando partos domiciliares para algumas pessoas conhecidas de ambas as clientela enquanto procurava regularizar a situação perante a COREN. Porém, tratava-se de uma atividade que empreendia individualmente, sob sua própria responsabilidade e sem o apoio da ACOMA.

representando 4,2% da população deste estudo, foram transferidos, no período intraparto, para o hospital.

Dos 24 partos ocorridos em hospitais, há referência ao hospital para o qual foram transferidas as gestantes em 21 casos. Em todos estes, elas foram levadas para hospitais da zona sul de São Paulo, sendo que em 16 casos, o que representa 66,7% das transferências para hospitais nomeados, elas foram levadas para o hospital mais próximo ao local do serviço, o Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha, conhecido como o 'Hospital do Campo Limpo', localizado no mesmo distrito administrativo, Jardim São Luís.

As transferências eram, de modo geral, realizadas pelas próprias parteiras, que transportavam pacientes e acompanhantes para os hospitais em questão, em seus carros particulares. Durante a gestão da prefeita Luiza Erundina, por um acordo informal realizado com o então diretor de obstetrícia daquele hospital, Angela Gehrke da Silva tinha livre acesso ao hospital, podendo acompanhar suas pacientes nos partos ali realizados.<sup>99</sup> As pacientes eram transferidas para o Hospital durante a evolução do trabalho de parto, por critérios clínicos empregados pelo serviço, cujo inventário e análise fogem dos propósitos deste estudo, razão pela qual são apenas citadas. Podemos, a título de exemplificação, apenas comentar aqui as 3 situações de transferência para hospitais no período intraparto que tivemos a oportunidade de observar, ao longo da pesquisa.

Leia, 'cliente particular', estava recebendo a atenção de Angela Gehrke da Silva em um parto domiciliar, pela segunda vez. O trabalho de parto havia iniciado de madrugada e, à tarde, já progredira para a dilatação completa. O colo do útero estava fino, o batimento cardíaco fetal, avaliado a cada hora, estava normal, e a cabeça do bebê estava descendo. Porém, quando se constatou que a cabeça estava mal posicionada e que não estava se encaixando, Angela resolveu que seria necessário transferir Leia para o hospital particular, com o qual ela tinha convênio. Durante o transporte, aparentemente, o bebê mudou de posição e o trabalho de parto evoluiu no

---

<sup>99</sup> Comunicação pessoal, Angela Gehrke, Sara Sorrentino, Dra. Jovina Bovino.

hospital rapidamente para um parto vaginal, realizado sob efeito de uma anestesia peridural.

Marinalva, 'usuária' da ACOMA, veio fazer sua 2ª consulta com Angela, no início do nono mês, mas, antes da data agendada para retorno, porque estava se sentindo mal e com dores desde a noite anterior, Angela constatou que a pressão estava muito alta - 22/12 e foi chamar Dr. Michael, ginecologista obstetra que, na ocasião, estava trabalhando como voluntário, em colaboração com ela. Marinalva foi medicada por Dr. Michael, colocada em outra sala numa cama em repouso, e, assim que melhorou, foi encaminhada para o Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha, onde deu à luz seu terceiro filho.

Quando Meire veio para sua primeira consulta no ambulatório, acompanhada pelo irmão e cunhada, já estava em trabalho de parto. Tinha 17 anos e, segundo a ficha de pré-natal de outro serviço que trazia consigo, estava com 33 semanas de gestação. Angela Gehrke da Silva resolveu fazer um ultra-som para averiguar a data prevista e, segundo o exame, a idade gestacional da criança era de 31 semanas. Meire disse que estava vindo com seus acompanhantes de outro hospital que lhe recusara vaga. Tinha estado, antes, no Hospital Regional Sul, onde fora atendida por um médico que, mesmo constatando que estava em trabalho de parto prematuro, receitou-lhe Diazepan e a dispensou. Comentou, ainda, que aplicaram uma injeção nela no hospital e a orientaram a voltar para lá, caso não melhorasse. Como tem um problema cardíaco - disse que tem um sopro e está sob tratamento desde 1993 - estava com receio de tomar Diazepan. Angela interrompeu as consultas de pré-natal para transferi-la para o Amparo Maternal, onde foi internada.

Finalmente, o motivo principal pelo qual esse Serviço ganhou certa notoriedade<sup>100</sup>, e que o diferenciava, em muito, de maternidades existentes no município de São Paulo, era pela sua competência em atender a partos normais e pelo baixo índice de episiotomias, bem como de outros indicadores de saúde materna.

---

<sup>100</sup> Ver reportagens publicadas em jornais e revistas em anexo.

Outra característica que diferenciava este serviço de outros, existentes no município, era a utilização da técnica de extração a vácuo. No período em estudo, essa técnica fora realizada em 8 partos, o que representa 1,5% dos partos atendidos. A extração a vácuo é considerado um procedimento médico, tanto aqui no Brasil, como na Alemanha. Angela parecia ter plena consciência de que, ao utilizar essa técnica, estava extrapolando os limites de seu campo de atuação profissional. Cabe ressaltar que esse fato, tampouco, era desconhecido por profissionais de saúde, que acompanhavam seu trabalho. Ela incluía os índices de extração a vácuo em suas estatísticas de parto e falava publicamente, a esse respeito, em apresentações que fazia acerca de seu trabalho. Em 1996, por exemplo, por ocasião de sua participação em uma mesa redonda sobre "Modelos de atenção ao parto e ao nascimento", no 2º Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro, afirma:

"Em casos de emergência, tenho medicação, soro, oxigênio, aspirador elétrico, ambú, extrator a vácuo e meu carro para levar a paciente para o hospital mais próximo" (SILVA: 1996:20)

Segundo depoimento, foi aqui no Brasil que um obstetra lhe ensinou a manipular o vacuum extrator. A respeito do uso que fazia desta técnica, Angela fez o seguinte depoimento, concedido em entrevista à enfermeira obstétrica e professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Betânia Maria Fernandes( 2000:4):

Betânia Maria Fernandes: "Como você faz no período expulsivo prolongado?"

Angela Gehrke da Silva: "Uso o Vacuum. Ele é usado quando já está na expulsão e não consegue e ela não tem mais força e o neném realmente já tem que nascer. Você tem que subir a pressão bem devagarinho, acho que tem que dar 03 minutos para subir o máximo da pressão, para a cabecinha agüentar mais um pouquinho, espera um pouco e aos poucos vai subindo a pressão. Espera mais um pouquinho até quando a pressão está boa, aí o importante é não soltar com força a cabeça por que rompe com os vasos sanguíneos no cérebro que é perigoso do vacuum é este. E depois, e aqui dá para ver que tem fazer bem o movimento da cabeça. Primeiro tem que puxar para baixo e depois vai fazendo mesmo a curva da cabeça e depois sobe e só pode puxar durante



a contração e pode por exemplo, não precisa fazer corte, porque isso para mãe, a mãe não sente nada além do normal, e assim, o risco de um fórceps machucar a cabeça é muito maior."

Percebe-se que, ao falar para a enfermeira, Angela procura explicar o manejo do instrumento, desmitificando a técnica, a qual é pouco utilizada no Brasil<sup>101</sup>, e explicando os riscos e as vantagens que teria, ao seu ver, em relação ao fórceps, cujo uso no país é freqüente. Utilizava o modelo Malmström deste instrumento (REZENDE:1969:1080) em situações que considerava emergenciais, quando acreditava que o bebê corria riscos. Não utilizava o fórceps, porém, em algumas situações que julgava ser de emergência, por vezes contava com a colaboração de obstetras para aplicar este instrumento no ambulatório ou na Casa de Partos<sup>102</sup>.

É preciso dizer que quando utilizava o vácuo extrator, Angela ultrapassava os limites da profissão de obstetriz, contrariando o perfil desenhado pela OMS para a indicação dessa categoria profissional como a mais apropriada para atuar na assistência ao parto normal:

"Pesquisas entre obstetras e residentes nos Países Baixos mostraram que a tendência para intervenções mais freqüentes era neutralizada pela presença de obstetrizes num hospital (Pel et. al. :1995). *Aparentemente, a assistência obstétrica por profissionais que não estão qualificados para interferir, mas*

<sup>101</sup> Rezende, um dos "papas" da obstetrícia brasileira, conhecido pela sua postura intervencionista, sendo um dos disseminadores do "modelo de fisiologia patológica" do parto (DINIZ:1996; RATTNER:1998) no Brasil, afirma o seguinte: "A despeito dos entusiasmos suscitados com a prática da vácuo -extração, cuja redescoberta ganhou prosélitos em países europeus e latino-americanos, causa espécie a reserva dos tocólogos de língua inglesa, em nosso continente. (...) Os tocólogos de boa linhagem (sic!) chegaram a arrepiar-se do evidente anacronismo representado pela ventosa aplicada em cólos semi-fechados e cabeças não insinuadas, derogando preceitos lentamente conquistados.

A obstetrícia européia em muito diverge da praticada nos Estados Unidos, onde se generalizaram a tocoanalgesia e a perfusão venosa de ocitocina, lá cautelosamente evitadas. Essas diferenças explicam a repercussão insignificante do aparelho de Malmström, cuja importação foi ultimamente proibida pela "Food and Drug Administration" (1969:1082-3) Cabe ressaltar que, atualmente, nos Estados Unidos e no Canadá, essa tecnologia da vácuo-extração está sendo re-introduzida e tem sido disseminada no Brasil através de um curso denominado Advanced Life Support Obstetrics (ALSO) dirigido a obstetras e enfermeiras obstétricas, introduzido no Brasil pelo "Grupo de Estudos Partojar", formado por profissionais de saúde que buscam promover a obstetrícia baseada em evidências científicas, e que conta com o apoio do Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstétricas.

<sup>102</sup> Durante o período de observação participante de partos, pude presenciar uma situação em que Angela recorreu ao obstetra Erwin Rondon, funcionario da ACOMA à época, para aplicar um fórceps na Casa de Partos.

*que agem com vistas a preservar a normalidade, pode evitar intervenções desnecessárias."* (WHO: 1996: 26-7). (Itálicos nosso)

Além disso, ao realizar a vácuo-extratação fora do ambiente hospitalar, estava lançando mão de uma técnica cirúrgica cuja utilização, como ela mesmo afirma, se faz apenas em situações de emergência que envolvem riscos, sem poder recorrer a certas outras tecnologias que poderiam se fazer necessárias nessas circunstâncias.

Nesse sentido, ela se tornava mais vulnerável às críticas corporativas de enfermeiras obstétricas, a outra categoria de profissionais não-médicos que, baseando-se no exercício que fazia da profissão de obstetritz, também a desqualificavam. Utilizando-se dos arquétipos de Ártemis e Atenas para descrever respectivamente as profissões de parteira e enfermeira obstétrica, Ruth Osava afirma:

"No caso das parteiras [Angela é denominada de "uma Ártemis de nossos dias" (1997:79)], foi a própria força de Ártemis - sua independência do mundo masculino e de seus valores - que abriu o caminho para a sua derrocada. Bolen considera que, no mundo competitivo, o arquétipo de Atenas tem indiscutível vantagem sobre o de Ártemis. As deusas da caça são agressivas e competem, mas não são 'encouraçadas' como Atenas, e podem ser pessoalmente atingidas por hostilidades, tornando-se emotivas e menos efetivas. As encouraçadas Atenas podem ser convencidas da importância da humanização da assistência, mas vão preferir operacionalizar esse conceito na segurança de um hospital, junto com os médicos. As mulheres tipo Ártemis preferirão romper com este tipo de solução, que manteria incólume o patriarcado" (OSAVA:1997:36)

(...) "Para a medicina, o papel a ser desempenhado pelo obstetra, em parceria com o não-médico, será justamente o de cultivar e manter as habilidades em usar o fórceps, o vácuo-extrator, realizar a obstetrícia operatória e manejar com precisão as anomalias, sendo sempre referido nessas circunstâncias. (...) A assistência ao parto pode e deve equilibrar os conceitos de segurança e humanização. Médicos e não médicos são necessários à assistência, funcionando dentro de um processo de mútua regulação e interpenetração, como o yin e o yang na filosofia taoísta, frio e calor, dia e noite, céu e terra. Não-médicos são necessários, quando defendem a evolução fisiológica do parto, e médicos, quando defendem o parto intervencionista" (1997:120).

Percebe-se, claramente, como argumentos de risco e de segurança são manipulados simbolicamente na defesa de uma categoria profissional e na crítica à outra.

Outra aspecto de sua rotina, e que chama nossa atenção, é o registro que fazia em seu Livro de Parto acerca das cesarianas realizadas pelas mulheres que freqüentaram o serviço, informação essa contida em seu relatório "Dos primeiros 1000 partos já realizados no Brasil". O índice de cesarianas realizadas, evidentemente não se refere a uma prática assistencial da própria Angela, mas evidencia o tipo de vínculo estabelecido com a clientela, com determinados obstetras e hospitais. Além de se encarregar, pessoalmente, da transferência das mulheres para os hospitais da região, nos casos em que julgava ser necessário, acompanhando-as até a internação, mantivera contato com muitas, posteriormente, quando não pudera acompanhar o parto no hospital. Mulheres também vinham passar em consulta com ela após o parto, algumas pedindo sua ajuda para cuidar de inflamações nos pontos ou para tirar os pontos. Assim, pôde se manter a par do tipo de parto, na maioria dos casos de transferências intraparto, e registrava isso em seus Livros de Parto.

Esse tema do vínculo estabelecido com a clientela volta a ser discutido, na próxima seção, ao abordarmos os motivos que levaram parcela significativa de suas clientes a optar pelo parto fora do hospital.

## ***9.2 Considerações acerca das 'opções' de se fazer o parto 'fora' ou 'dentro' do hospital***

Abordamos, neste sub-capítulo, os valores que nortearam as decisões de mulheres entrevistadas, pertencentes às duas categorias de clientes - 'usuárias' e 'clientes particulares' - quanto a realizarem seus partos no serviço de estudo, ou em um hospital. Para tanto, vamos apresentar aspectos de algumas trajetórias dessas mulheres, em alguns sentidos, como casos exemplares.

Elenice fez o pré-natal de ambos os seus filhos no ambulatório do ACOMA. Angela prestou assistência ao parto de seu primeiro filho, mas, a despeito de sua preferência pelo atendimento realizado pela parteira, sua segunda filha acabou nascendo no hospital devido a intercorrências no final da gravidez. Uma hemorragia ocorrida no 7º mês a levou a procurar um serviço hospitalar com o qual mantinha convênio. Durante o restante da segunda gestação e parto, continuou utilizando o serviço hospitalar, mas voltou a procurar a parteira um tempo depois do seu segundo parto.

Nota-se que a iniciativa de procurar um hospital durante a segunda gestação, quando surgiu um problema, foi da própria Elenice, assim como foi dela a decisão de continuar sob os cuidados de um serviço hospitalar a partir daquele momento. Como em outras situações relatadas ao longo do trabalho, percebemos que, em alguns casos, foi o discernimento das clientes em relação ao próprio corpo grávido e às noções de risco de que dispunham, e as quais priorizavam (DOUGLAS & WILDAVSKY: 1982; ROTHMAN:1982), que as levaram a procurar um hospital, quando acreditavam que a gravidez não transcorria bem.

Elenice nasceu em casa, no interior de Pernambuco, em um sítio. Como onze de seus quinze irmãos, foi 'pega' pelas mãos de uma parteira tradicional chamada Raimunda, que morava nas redondezas e era de confiança de sua mãe. Esta comentava que seu parto, "não deu trabalho, foi rápido, foi normal". Os outros 4 irmãos, inclusive, um casal de gêmeos, nasceram em um hospital na cidade mais próxima. Segundo Elenice,

embora sua mãe tivesse feito o pré-natal de vários de seus filhos no hospital de Triunfo, e fosse possível dar à luz lá também, como ocorreu três vezes, ela preferia ter seus partos em casa.

Aos 14 anos, Elenice veio para São Paulo com uma irmã mais velha que havia se estabelecido aqui. Conheceu o ambulatório da ACOMA por intermédio de Luiza, outra irmã, a quem acompanhou diversas vezes às consultas, durante a primeira gestação dela. Elenice era, ainda, solteira e morava com esta irmã, ajudando-a nos serviços domésticos.

Passou a freqüentar a escola à noite e lá conheceu seu companheiro. Este, na época, estava construindo sua casa em um terreno da Prefeitura. Com 15 anos, uns 6 meses depois de se conhecerem, foi morar junto com ele e, após dois meses, engravidou. A gravidez foi uma surpresa. Achou que estava grávida após duas semanas de atraso em sua menstruação, que era regular. Embora soubesse que namorando se engravidava, não procurou se informar sobre o uso de anticoncepcionais:

"Foi descuido mesmo, (...) desligada, eu nem me preocupava com isso"

Por outro lado, como tem sido observado, com freqüência, entre gestantes adolescentes das camadas populares, que não planejaram a gravidez (HEILBORN et. al.: 2000), esta foi bem vinda:

"Eu fiquei feliz quando eu soube e ele então ficou muito contente quando soube que eu tava grávida. Em nenhum momento eu fiquei decepcionada."

Comprou um teste na farmácia e deu negativo, mas não se convencendo do resultado, foi com o companheiro, que estava de férias, ao hospital da Santa Casa de Santo Amaro fazer outro exame. Após duas horas de espera, passou por consulta com um clínico geral, que a encaminhou para um exame, cujo resultado foi positivo. Foi, então, encaminhada para

outro setor do hospital para agendar sua primeira consulta de pré-natal.

Segundo ela:

"Aí eu fui nesse lugar onde eles indicaram (...) aí eles falaram (..), 'só tem vaga para tal dia' que era quase dois meses depois. Eu até marquei, mas nem voltei. Falei, se não der certo onde eu vou, que era o ambulatório, aí eu volto. Aí no mesmo dia eu falei pra ele, 'Edinho tem um lugar que dá pra gente ir pra fazer um ultra-som, (...) Vamos passar lá?' 'Vamos' Aí como estava lá em Santo Amaro mesmo, desci (...) e passei lá (...) no mesmo dia.

(...) Falei, como a Luiza fazia lá, eu vou ver se eu consigo pelo menos fazer o ultra-som lá. (...)aí que conheci a Angela. Aí já fez o ultra-som no mesmo dia. Que costumava até cobrar [o ultra-som]. Falei, 'Ah, hoje não dá, estou sem dinheiro, não passei no banco.' (...) Ela fez, normal, falou, 'Aí (...) no próximo mês cê paga' . (..) Então ela confiou em mim. (..) Ela falou quantos meses eu estava, e previu, já para quando que era o nenê. (...) Aí na 4ª feira fui levar o dinheiro do ultra-som e aí ela já fez o cartãozinho, e aí pediu uns exames de sangue, de ... e já perguntou algumas coisas (..) e falou 'você volta no próximo mês' ."

Podemos perceber que a gravidez de Elenice foi acompanhada desde o início pelo seu companheiro. Sua narrativa também explicita alguns dos motivos que a levaram a procurar o ambulatório. Tinha, então, apenas 15 anos, mas sua vivência no acompanhamento das gestações de suas irmãs e o diálogo com elas, entre outros fatores, havia lhe ensinado a valorizar o pré-natal. Tanto ela, como seu companheiro acreditavam que era importante fazer o pré-natal, desde o início da gravidez. Como não foi possível ser atendida prontamente no pré-natal do serviço público que procurou para fazer o exame de gravidez, foi para outro serviço que já conhecia e que acreditava ser de boa qualidade, com a expectativa de que lá poderia dar início logo ao atendimento pré-natal.

Elenice valorizava alguns preceitos biomédicos em relação à gestação, compartilhando com seu companheiro e suas irmãs da concepção de que a gravidez deveria ser cercada por alguns cuidados e por uma

atenção de profissionais de saúde. Percebe-se, ademais, uma valorização da tecnologia, associada à proposta biomédica de acompanhamento da gestação, em seu desejo de fazer uma ultra-sonografia. Pode-se dizer que encontramos, em seu discurso, indicações de sua valorização de elementos relacionados a uma concepção 'moderna' de maternidade, que incorpora alguns preceitos da biomedicina. Além disso, o serviço da ACOMA era valorizado porque, embora não fosse gratuito, atendia bem e prontamente à clientela e era flexível com relação à cobrança das taxas de ultra-sonografias e dos medicamentos que se fizessem necessários.

Um dos indícios significativos desse bom atendimento, à qual já tivemos oportunidade de nos referir em capítulos anteriores, era a atenção individualizada prestada à clientela. A percepção de que era reconhecida como indivíduo na relação com a profissional de saúde que a atendia, é aqui desvelada pela confiança que esta depositou nela. Este gesto muito marcante, retribuído com uma visita especial para ser entregue o dinheiro que devia, e recordado com carinho, certamente foi importante para se estabelecer uma relação de confiança mútua.

Elenice passou muito bem na gravidez e ficava atenta às mudanças corporais, as quais não a surpreendiam, pois havia acompanhado as gestações de suas irmãs.

Nessa gestação, além do acompanhamento eventual do marido, Elenice passou a ir para às consultas de pré-natal com uma prima, vizinha sua no Parque Fernanda, para a qual ela havia recomendado o serviço. O ambulatório era distante do bairro onde moravam, mas ficava próximo do ponto final de uma linha de ônibus, cujo ponto inicial era próximo de sua residência. Saíam de casa cedo para pegar a ficha para serem atendidas; assim, era agradável ir acompanhada de outra gestante, próxima a ela, com a qual podia compartilhar a vivência da gravidez. Como mencionamos no capítulo anterior, durante a pesquisa notamos que era comum, entre as usuárias do serviço, a frequência às consultas de pré-natal em companhia de outras grávidas suas parentes, vizinhas e/ou amigas. Isto sugere que a vivência da gravidez é compartilhada de uma forma intensa entre pares,

nessa população, sendo indicativo da necessidade de se aprofundar a análise das variações com relação às concepções e práticas relacionadas à gravidez, enquanto processo de construção de gênero. É o que sugere também o seguinte depoimento de Elenice:

"Ela [a prima] queria fazer (...) ultra-som para saber o sexo do nenê e eu não e a gente ficava conversando bastante sobre essas coisas. Porque ela queria e eu não queria. O que ela sentia, o que eu sentia. Como ela já era mais experiente, (...) já era a terceira gravidez, então ela ensinou muito sobre isso (...) comentava sobre o parto, como era. Porque, no primeiro, eu ficava apavorada sobre o parto.(...) chegava a sonhar com medo. (..) Tinha gente que falavam que pessoas morriam na hora do parto, o nenê poderia nascer com problemas (...) com defeitos, não nascer com saúde. Poderia acontecer alguma coisa comigo na hora. (...)As pessoas assustavam muito,(...) falavam sobre os médicos, falavam assim 'Nossa, aquelas enfermeiras em tal hospital é tão ignorante' e vendo na TV, passando os partos, eu tinha muito medo de não suportar a dor. (...) E ela, ela falava, 'Não, não é assim, é normal, sente dor, mas é uma coisa suportável. Então ela me acalmava. ' "

O momento do parto era temido porque era considerado um processo doloroso, de maior vulnerabilidade, cercado por perigos ou riscos relacionados à sua saúde e a do bebê. Além disso, temia o encontro clínico, os maus tratos que com frequência emergiam no discurso de suas vizinhas, amigas e parentes ao relatarem suas experiências com os profissionais de saúde durante o parto. Assim, sua decisão de fazer o parto no Ambulatório não pode ser atribuída à ausência de uma concepção sobre possíveis riscos envolvidos no parto. Além disso, é interessante notar como os partos vaginais vistos na televisão constituíram um dos elementos que contribuíram para reforçar seu receio de que não suportaria a dor, que associava a esse evento.

Quando solicitada a contar um pouco mais sobre como eram as consultas de pré-natal na ACOMA afirmou:



Ah, eu gostava de ir. Ela atendia super bem, muito bem. Ela era muito carinhosa, falava assim super calma, não tinha pressa em acabar. Ela conversava com a gente, perguntava se tava tudo bem, sobre o marido, se tava acompanhando a gravidez. Ela sempre tava conversando com a gente, tentando explicar algumas coisas. (...) Ela explicava sobre o parto, como ia ser (...) 'se começasse a sentir dor', ela falou, 'você já me procura ou pode me ligar de casa mesmo, que quando você chegar, eu vou tá lá esperando ou se não você vem, que vai ter uma pessoa que fica aqui sempre aí cê toca as duas companhias que vai vir uma pessoa que vai te atender enquanto me liga pra que eu venha te atender.'

Alguns dos aspectos valorizados no atendimento dizem respeito à relação estabelecida com a profissional de saúde. Evidencia-se, aqui, um contraponto com a falta de respeito e de disponibilidade freqüentemente referida, como vimos anteriormente, no discurso de diversos clientes da ACOMA, tanto 'usuários' como 'clientes particulares', ao descreverem sua relação com profissionais de saúde em outros serviços aos quais tiveram acesso. Infelizmente, a falta de respeito, de atenção e os maus tratos são algumas das formas de violência institucional, freqüentemente referida por membros de camadas populares, em relação aos serviços de atenção à maternidade e que têm sido objeto de análise nos últimos anos. (DINIZ:1997; DINIZ et. al.:1998; HOPKINS:1998; McCALLUM:1998; DAALSGARD: 2000; LAMY et.al.:2000; HOTIMSKY et.al.: 2000)

Como já comentaram alguns autores (MONTERO:1985; LOYOLA:1989; RABELO:1993), para as camadas populares urbanas, o encontro clínico é, freqüentemente, marcado pela desconfiança e pela percepção da relação médico-paciente como uma relação de autoridade e poder, em que não se sentem devidamente informados a respeito de sua saúde/doença e, como já mencionamos anteriormente, acreditam que a expectativa institucional seria a de que eles se submetam.

Elenice confiava na autoridade profissional e capacidade técnica de Angela. Paradoxalmente, isso transparece na percepção errônea que tinha

de sua formação. Quando lhe perguntei se havia ido a algum ginecologista antes dessa gravidez, ela disse:

"A primeira ginecologista que fui foi com ela mesmo."

A decisão de fazer seu parto no Ambulatório foi tomada em conjunto com outros membros da família e contemplava, entre outras considerações, o desejo de ser acompanhada pelo esposo no parto:

"Eu conversei com meu marido para ver o que ele achava e com minha sogra, né, que na época era a pessoa mais velha, assim que tinha para mim informar. (...) aí minha sogra me falou para mim que tinha uma colega dela no serviço que tinha feito parto lá. Só que ela fez acho que foi na casa dela, dessa pessoa. Aí quando ela comentou que eu tava fazendo pré-natal lá, aí a pessoa falou que tinha feito lá também e que e que tinha gostado. Aí ela (a sogra de Elenice) falou, 'Se você prefere ...' E eu queria que ele assistisse o parto também. "

Percebe-se portanto, que neste caso como em outros mencionados anteriormente, as decisões sobre o local de parto e acompanhantes, embora sofram uma série de constrangimentos, são objeto de discussão e de negociação por parte da clientela desse Serviço. Nota-se também que, como ocorre entre as 'usuárias' do serviço, as parentes mais velhas e de sexo feminino são membros importantes, isto é, que desempenham papéis significativos, em suas redes de sociabilidade.

Como seus três irmãos, Izilda nasceu em um hospital em Natal. Aos 10 anos foi morar com sua mãe, auxiliar de enfermagem, e padrasto, em São Paulo. Aos 11 anos ficou menstruada. Afirma ter sido tranqüila essa mudança, pois já conversava com as colegas da escola a respeito. Aos 15, ficou grávida do atual companheiro. Não usava qualquer método contraceptivo. Assim, quando a menstruação, que era regular, atrasou, ela logo desconfiou. A gravidez não fora planejada, "aconteceu", conforme relata Izilda.

Aparentemente, a gravidez e a maternidade lhe possibilitaram uma mudança desejada de status - tornou-se a mulher de seu companheiro e pôde sair da casa dos pais. Como observa PAIM (1998: 35), nos grupos populares, a maternidade é vista como condição fundamental da identidade feminina, conferindo status superior às mães em relação às mulheres que não têm filhos.

Perdeu seu primeiro filho durante o trabalho de parto, aparentemente devido a 'inoportunidade da assistência' (TANAKA:1995). Embora estivesse em trabalho de parto e com bolsa rota, foi recusada vaga no primeiro hospital a que recorreu, que era o mais próximo a sua casa e onde havia realizado o pré-natal. Teve que 'peregrinar' em busca de assistência, sendo internada na Santa Casa de Santo Amaro. O trabalho de parto se prolongou e, quando, finalmente, a criança nasceu por parto vaginal, estava morta. Izilda não gosta de falar muito sobre esse parto e os três dias em que ficou internada na Santa Casa, pois prefere não se lembrar. Considera que foi mal atendida e responsabiliza o serviço pela morte de seu bebê, pois:

"passou da hora (...) não quiseram fazer cesárea (...)e por isso a criança morreu. (...) por que demorou muito, né ... nasceu morto."

Acredita que, se tivessem decidido antes, realizando uma cesárea, a criança estaria viva hoje. Quando Izilda contou a história desse parto, em sua primeira consulta de pré-natal com Angela, comentou,

"Esse primeiro, se tivesse vivo ia fazer 5 anos."

O trauma sofrido com a perda da criança a faz associar o resultado da gestação com a baixa qualidade dos serviços conveniados ao SUS. Fato esse, que vai nortear sua percepção em relação às demais gestações, sendo a boa qualidade de atenção, associada por ela, a princípio, aos serviços privados ou vinculados a convênios particulares.

Sua segunda gravidez foi planejada e, a atenção ao pré-natal e parto, prestada por um serviço conveniado. Foi submetida a uma cesareana 3

horas após a internação, dando à luz sua filha, Maria. Permaneceu 3 dias no hospital e considera que foi bem atendida. Quando indagada pela parteira do Ambulatório sobre o motivo da cesárea, afirmou que,

"começou a demorar e estava perdendo bastante líquido."

Segundo foi informada, a dilatação não progredira nesse período de duas a três horas. Ao ser indagada pela parteira se tentaram lhe dar soro, ela respondeu que não.

Então Angela comentou,

"Bolsa rota já é sinal de cesárea para o convênio - ganham mais."

Izilda procurou o ambulatório da ACOMA em sua terceira gestação. Na primeira consulta, ela tinha 20 anos e já estava grávida de 5 meses. Refere que tomou comprimido e, mesmo assim, engravidou. Demorou até o quarto mês para perceber, porque continuou menstruando. Afirmou que foi seu companheiro que percebeu que estava grávida e a aconselhou a fazer um ultra-som para confirmar. Viera antes desta consulta fazer o ultra-som, mas como estava fechado, fez fora.

Izilda mora no Jardim Monte Azul, bairro contíguo ao ambulatório, e trabalha em uma papelaria do bairro, pertencente à família de seu companheiro. O andar da casa onde mora foi construído pela família de seu marido e pertence à sua sogra, que também é dona da papelaria onde trabalha. Resolveu fazer o pré-natal no ambulatório da ACOMA pois,

"Já sabia que tinha ginecologista aqui e antes eu tinha convênio, agora não tenho".

A mãe de seu esposo, que tem 9 filhos, havia feito o pré-natal de vários ali e recomendou o Serviço para Izilda. Nota-se que, a despeito da publicidade em torno desse Serviço e de sua condução por "parteiras diplomadas", Izilda, como sua sogra e parcela da clientela, acreditavam que

as mesmas eram ginecologistas.<sup>103</sup> Percebe-se, novamente, sua preferência por um serviço de saúde conveniado e a associação que faz do uso de um serviço público ou não-conveniado com a falta de recursos e de opção de atendimento. Isso fica mais evidente quando Izilda explica porque ela acha que outras mulheres, suas conhecidas, faziam seus partos na Casa de Partos da ACOMA.

Como cerca de metade (55,8%) da clientela desse Serviço de pré-natal, Izilda não teve seu filho na Casa de Parto da ACOMA. Em seu caso, aliás, embora considere que foi bem atendida no pré-natal ela, assim como sua sogra, nunca cogitou ter seu parto na Casa de Parto, mesmo tendo algum conhecimento da proposta e contato com várias vizinhas que deram à luz ali. Segundo ela,

"Acho que lá em baixo não tem nenhuma condição de ganhar filho lá. (..) Não tem estrutura de ninguém ganhar nenem lá. Vai que acontece alguma coisa. Aí não é um hospital. (..) Não tem muito aparelhagem, não tem quase nada aí. Não queria ganhar filho lá. A pessoa ganhava no mesmo dia já vinha para casa, quase na mesma hora.

(...) Não tinha os aparelhos que é preciso ter num hospital, numa maternidade. Lá só tinha uma cama, uma maca."

Assim, para Izilda, dar à luz na Casa de Parto parecia-lhe uma situação perigosa, dada a ausência de aparelhos hospitalares, que considerava necessários para lidar com intercorrências no parto e pós - parto. Além disso, embora soubesse que, nesses casos, Angela transportava a parturiente e/ou a mãe e o recém-nascido para o hospital, argumentou que isso não poderia tranquilizá-la, pois, nada garantia que o hospital para o qual a mulher estava sendo transferida iria ter vaga e concordaria em interná-la. Concepção essa que parece refletir sua experiência do primeiro parto.

---

<sup>103</sup> Por vezes, alias, nas consultas de pré-natal ouvi as gestantes se referirem à Angela como "Dra. Angela" e, com frequência esta lhes pedia para chamá-la de Angela. A referência á parteira como Dra. Angela também ocorreu por diversas vezes nas entrevistas realizadas com as mulheres usuárias do serviço da ACOMA.

Também levantou objeções ao modo de funcionamento do serviço - o parto ambulatorial, pois considerava que colocava a saúde da mãe em risco já que, em caso de alguma intercorrência em casa, após o parto, não haveria ninguém para socorrê-la na hora. Assim, preferia ficar internada três dias, como se faz no hospital, o que, para ela, permite averiguar se a mãe e bebê estão realmente bem. Também acredita ser melhor o período de internação hospitalar, pois a mãe chega em casa mais descansada.

Quando indagada por que achava que várias mulheres faziam seus partos ali, respondeu:

"Vai da necessidade de cada um, né e da coragem, porque eu não tenho não. Vai que a pessoa não tem ninguém para levá-la para o hospital mais longe, apertou, apertou, vai alí, né. Se a pessoa não tem outra alternativa... E a pessoa tem que ter coragem. Eu não tenho. Eu sou muito medrosa, né, vai que acontece alguma coisa comigo. "

Percebe-se que, para ela, as mulheres recorriam ao serviço por falta de alternativas.

Fez o parto no Amparo Maternal, maternidade indicada a ela pela parteira Angela e para a qual lhe havia dado uma carta de encaminhamento. Também afirma que foi ao Amparo duas vezes antes do parto. A primeira vez, foi para conhecer a maternidade,

"ai lá tem um monte de médico que acho que é recém formado, aí me levaram para ver as coisas".

A segunda vez foi uma semana antes do parto, quando havia sentido dores. Quando chegou,

"Aí me examinaram, fiquei acho que uma hora fazendo um monte de exames que nunca tinha feito, ficou umas cinco pessoas lá (examinando-a), aí voltei para casa."

Quando de sua internação para o parto:

"Cheguei lá fiz um monte de exames, aí me mandaram caminhar um pouco depois eu voltar de novo na sala. Aí eu andei um pouco, voltei na sala aí fiz mais uns exames e daí fui internada. Aí depois já tava sentindo dores por umas três horas a criança nasceu."

Como seus dois irmãos e 4 irmãs mais velhas, Marta nasceu em casa, sendo 'pega' por uma parteira que morava nas proximidades da sua casa no meio rural, interior da Bahia.

Aos onze anos, ficou menstruada. Não mencionou o fato à sua mãe, pois:

"(...) Mãe não falava nada com nós não (...) ela não falou nada (sobre a menstruação para Marta), também não falei nada."

Não estranhou a menstruação e sabia se cuidar porque comentava à respeito com as colegas.

Aos quinze anos se casou e aos 16 anos nasceu sua primeira filha. Marta afirma que logo soube que estava grávida porque,

"Senti enjoô e faltou (as 'regras' - não ficou menstruada), pronto, já sabia que estava (grávida)."

Porém, ao contrário de Elenice e Izilda, a gravidez não foi bem vinda à princípio:

"Fiquei preocupada, eu chorei, não gostei, né. (...) É, eu acho que casei sem pensar, eu engravidei sem pensar, tudo sem pensar, não sei."

Aparentemente, olhando em retrospectiva, a falta de planejamento no início de sua vida reprodutiva a incomoda. Afirma que não queria engravidar do primeiro e, tampouco, dos demais filhos, mas seu marido não queria que tomasse remédio e,

"lá ninguém toma remédio(...) não tinha recurso na roça, não tinha como, o jeito era engravidar mesmo."

Assim, retrata suas primeiras gestações, como fruto da ausência de negociação com seu parceiro acerca da reprodução; da falta de

anticoncepcionais disponíveis; e, da falta de alternativas às quais poderia ter acesso.

Em contraste, seu saber em relação ao próprio corpo grávido, que advém, entre outras coisas, de suas conversas com seus pares e de seu conhecimento e sua vivência no meio rural, é valorizado. Calculou a data de nascimento de seu bebê, pois,

"A gente morava em fazenda e a gente via, sabia por causa das criações, por causa das vacas, por causa das ovelhas, de tudo, as criação, a gente sabia, sabia a data que ficava e ganhava, porque é a mesma distância de uma vaca que é para uma mulher."

Comenta, com orgulho, a precisão de seu cálculo, pois a criança nasceu na data prevista por ela. Por outro lado, afirma não ter-se preocupado muito com o reconhecimento dos sinais do início de trabalho de parto, pois "a hora que viesse, estava na hora".

Conversou com uma parteira experiente, sua conhecida - a cunhada da irmã de seu marido - e combinou com ela para lhe prestar assistência ao parto e nascimento de seu bebê.

Não fez pré-natal, acompanhando a própria gestação que se desenrolara com muito enjôo, mas sem maiores incidentes. Quando Marta entrou em trabalho de parto, de madrugada, estava sozinha em casa. Seu marido, Elias, tinha ido trabalhar em São Paulo, planejando regressar na época do parto.<sup>104</sup> Não foi chamar sua cunhada e vizinha, que também era parteira, e ficara de auxiliar a concunhada. Simplesmente foi acompanhando a evolução do seu próprio trabalho de parto, até o momento em que sua cunhada passou por lá:

"Eu não chamei minha cunhada, ela ia passando, eu estava sozinha, meu marido estava aqui (em São Paulo), eu estava sozinha lá e ela ia passando (...) e

<sup>104</sup> Carmen Susana Tornquist afirma que no meio rural em Florianópolis até recentemente e em várias regiões rurais onde os homens realizam trabalhos sazonais longe de seus familiares é comum o desejo de garantir a presença do pai na comunidade na data provável do nascimento, sendo esse desejo expresso pelo costume de vestir a mulher com uma peça de roupa com seu cheiro quando há dificuldades no transcorrer do trabalho de parto para garantir seu sucesso. (TORNQUIST:2001: 2001)



ficou conversando comigo, e aí eu falei que eu estava com dor de barriga, ela viu que não era dor de barriga(...) já era as dores de ganhar nené (....)

Sua calma em relação ao início de trabalho de parto contrasta, em muito, com a preocupação com a qual, freqüentemente, enfrenta-se esse momento no meio urbano, onde a data prevista é ansiosamente aguardada, mas o receio de 'não passar da hora', muitas vezes, resulta em uma viagem antecipada à maternidade.

Chama atenção o recato e pudor de Marta. Nem mesmo à sua cunhada que era parteira, ela disse que estava 'com dores', mas com dor de barriga. Esta só pôde prestar assistência a partir do momento em que passou por sua casa e percebeu que estava em trabalho de parto. Marta, aliás, parece orgulhar-se de sua autonomia e auto-suficiência, expressando, desde seu primeiro parto, uma confiança em relação ao funcionamento do próprio corpo em trabalho de parto. Fala da dor, mas em nenhum momento refere ter sentido medo, enfatizando o fato de que não foi buscar ajuda, mas aguardou até sua cunhada perceber que havia chegado o momento em que precisava dela. Transmite, assim, através de seu relato, sua capacidade e coragem em enfrentar 'as dores', aspecto bastante valorizado da passagem ao *status* de mulher adulta e mãe, que marca o primeiro parto e nascimento na cultura popular (PAIM:1998; COSTA: 1995 ; GARNELO PEREIRA: 1993).

Ao mesmo tempo, é interessante notar que Marta pôde contar com esse tipo de atenção de sua cunhada, vizinha e parteira. Isto é, a narrativa indica que a cunhada e parteira estava acompanhando atentamente à gestação de Marta, para poder fazer-se presente, quando conviesse. Talvez este comportamento da cunhada sinalize o fato de que o pudor manifestado por Marta, em relação à sexualidade e reprodução, até mesmo com sua mãe e seus pares, fosse um comportamento que refletisse valores, socialmente sancionados.

Ao mesmo tempo, a atenção e disponibilidade de sua cunhada representa um enorme contraste com a situação encontrada por parturientes de camadas populares no município de São Paulo, onde a "inoportunidade

de assistência", mesmo quando a paciente já se encontra internada no hospital, é muito comum (TANAKA:1995; HOTIMSKY et. al. 2001; DINIZ:2001).

Como ainda estava no início do trabalho de parto, sua cunhada foi chamar a outra parteira mais experiente, sua concunhada, a quem Marta havia escolhido para acompanhá-la, voltando em seguida. Aparentemente, é comum, entre parteiras tradicionais, ter mais de uma trabalhando juntas, ou uma parteira e uma 'assistente' que ela traz consigo (GARNELO PEREIRA: 1993). Marta comenta a esse respeito: "Elas costumam fazer em duas porque às vezes precisa buscar uma coisa, vai dar banho no neném, isso e aquilo, a outra já vai ajeitando, elas não costumam fazer parto sozinha não, só de duas ou mais" .

Afirma que seu primeiro parto, atendido por duas parteiras, por ela qualificada como experientes - sua cunhada e concunhada - foi 'horrível':

" Foi horrível (...) sei lá, eu era muito nova, num ... sei lá, foi terrível, foi um pesadelo (...) foi ruim demais(...) demorou muito, eu sei lá, eu fiquei toda machucada, toda acabada (...) começou as dores umas quatro da manhã e eu fui ganhar era umas nove da noite. Elas ... eram duas parteiras, elas massagearam muito minha barriga, eu fiquei toda.... chega que eu estava toda torta, toda doída. "

Pode-se supor que, ao enfatizar o sofrimento vivenciado nesse processo, ressalta também a coragem com que enfrentou esse rito de passagem, como sugerimos acima. Ao mesmo tempo, chama atenção a crítica que faz à assistência prestada pelas parteiras. Sugere que o recurso a uma das técnicas características desse tipo de atenção<sup>105</sup>, a massagem, causou dores e sofrimento adicionais que a deixaram "*toda machucada(..), toda torta,(...) toda doída*". Essa crítica à atenção prestada por parteiras tradicionais foi retomada, quando Marta foi solicitada na entrevista a

<sup>105</sup> GARNELO PEREIRA (1993) nos apresenta o discurso das parteiras tradicionais acerca da diferenciação entre as técnicas que utilizam para cuidar de sua clientela durante a gravidez, o parto e o pós-parto e aquelas utilizadas pela biomedicina. As parteiras lançam mão da manipulação externa com ou sem a aplicação de óleos e outras emulsões "para ajeitar criança torta na barriga", rezas, fitoterápicos e dietas que respeitam a lógica do quente/frio (presente na medicina ou terapêutica popular) enquanto a biomedicina lança

comparar a atenção prestada pelas parteiras tradicionais com a atenção prestada nos dois partos realizados na ACOMA pelas duas obstetrizas, Angela e Érika, que atenderam cada uma em um parto:

"Elas são melhor do que as parteiras. (...) Porque elas tem mais prática, elas cuida melhor da gente, entendeu, e as parteiras na roça, elas sempre deixam a gente com uma dorzinha de cólica, uma coisinha, sei lá, e elas não. (...) Ah, depois que a gente ganha [com as parteiras tradicionais], a gente fica sentindo dor, muita dor, muita cólica, muita, muita, muita. E com elas [Angela e Erika] não, com elas fica normal, quando você chega em casa já chega com disposição de fazer tudo, lá não ...."

Poderíamos supor que o elogio ao serviço da ACOMA, à luz das experiências anteriores, seria condicionado pelo fato de que nós tínhamos declarado, no início da entrevista, que procurara Marta pelo fato de ter freqüentado aquele serviço. Porém, acreditamos que talvez esta hipótese não se sustente, à medida que a entrevistada, mais adiante, como veremos, declarou sua preferência pelo parto hospitalar. É possível, também, que seu discurso explicita uma valorização da assistência considerada 'moderna' e uma desvalorização da assistência considerada 'tradicional', particularmente, se lembrarmos que as massagens, técnica de manipulação externa que está entre os recursos característicos aplicados pelas parteiras 'da roça', foram motivo de insatisfação e de queixa em relação à atenção prestada.

Entendemos que esse relato da Marta seja bastante pertinente, sobretudo porque, ao discutir as suas experiências com diferentes propostas de atenção, formula uma avaliação de aspectos técnicos, e não apenas relacionais da assistência, buscando diferenciar a dor que seria decorrente do trabalho de parto em si, a qual é naturalizada, daquela decorrente de uma intervenção técnica que identifica com um dos modelos de atenção e que, portanto, pode ser dispensada.

Depois do nascimento de sua filha mais velha, Marta e o bebê estiveram sob os cuidados das parteiras, durante um mês. Além delas, teve

---

mão de exames internos ou 'exames que vê de dentro', remédios que não respeitam a lógica quente/frio e manipulações internas.

a ajuda de sua mãe - que morava em outro município e veio ficar com ela - e da sobrinha de seu marido, nos afazeres domésticos. Seu marido, que chegou de viagem no dia do parto, não colaborava nessas tarefas. Observamos, nesse aspecto, uma reiteração de padrões tradicionais e hierárquicos das relações de gênero, quanto à divisão do trabalho.

O segundo filho de Marta também nasceu na roça, sob os cuidados das mesmas parteiras. À diferença do primeiro parto, seu marido estava em casa. Entretanto, foi interessante notar a diferença entre a versão de Marta e a versão de Ezequias sobre a participação dele, quando do nascimento de Jeremias. Quando perguntamos quem estivera presente no momento do parto, Marta afirmou que fora acompanhada pelas parteiras, como no parto anterior, enquanto seu marido ficara cuidando de sua filha mais velha, em outro cômodo da casa. Perguntamos se ela havia solicitado a presença de seu marido e ela respondeu que não. Ao indagarmos por quê, se isso era o costume, ela nos respondeu:

"Sei lá, não sei, eu nunca assisti parto de ninguém, das outras."

Essa resposta nos remete, aparentemente, ao pudor em relação à sexualidade, que Marta expressa em diversos momentos da entrevista.

Por outro lado, Ezequias afirma que acompanhou o parto de Jeremias, colaborando com a parteira:

"Ah eu segurei a minha mulher, né. Porque estava só eu e a minha irmã, que é a parteira. (...) Então eu segurei a Marta e o Jeremias nasceu"

Conforme relata, a colaboração do marido na assistência ao parto teria sido comum antigamente:

"(...) porque, vamos dizer assim, se a gente não tem uma outra mulher pra fazer aquele trabalho [de] segurar a mulher, então tem que ser o substituto daquela pessoa. Então sei lá, acho que quando é a esposa da gente, a gente tem que estar lá para ajudar."

Embora haja uma incongruência nas versões apresentadas quanto à presença e a forma de colaboração de Ezequias em relação ao nascimento de seu segundo filho, ambos confirmam a existência de uma norma, segundo a qual a presença de mulheres na cena de parto é valorizada e sancionada, enquanto a presença e colaboração de homens é retratada como um recurso, ao qual se recorre apenas quando não há outras alternativas. Ao mesmo tempo, afirma-se a relevância de outros papéis sociais desempenhados pelo cônjuge e/ou filhos, por ocasião do parto, como por exemplo, chamar a parteira, cuidar das crianças mais novas.

É interessante notar que este relato, acerca dos nascimentos dos dois filhos mais velhos de Marta, reitera certos padrões aparentemente característicos de partos sob os cuidados de parteiras tradicionais no período contemporâneo (ARAÚJO: 1984; GARNEIRO PERREIRA: 1993; TORNQUIST: 2001; MASCELANI: 2001). A escolha da parteira, quando é possível escolher, costuma ser da mulher e, em geral, funda-se nas relações de parentesco; é comum haver mais de uma parteira presente; a presença de outras mulheres na cena do parto é comum, e essas costumam ser parentes ou comadres da parturiente; assim como as crianças, o homem tende a ser excluído da cena de parto, sendo comum a noção de que sua presença 'atrapalha', embora muito freqüentemente o cônjuge ou os filhos(as) sejam acionados para irem buscar a parteira; o pudor em relação à sexualidade feminina, ainda, parece ser uma característica socialmente valorizada no contexto rural, acima descrito, o que, talvez, contribua para a reiteração da interdição da presença de cônjuges e crianças na cena de parto, mesmo que, nem sempre, seja obedecida; por outro lado, a proximidade dos homens do local do parto é desejada e, em partos difíceis ou quando não há outras mulheres para prestarem auxílio à parteira, ou na ausência desta, eles se fazem presentes. O parto mobiliza uma rede de solidariedade feminina, fundada, em geral, em laços de parentesco (real ou putativo) que é organizada pela parteira e que se estende para além do momento do parto, até pelo menos um mês após esse evento, e inclui, não

apenas os cuidados dispensados à mãe, mas também os primeiros cuidados do bebê (GARNELO:1993).

Marta teve mais cinco filhos – dois, no ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul, sendo atendida, cada vez, por uma das duas obstetrizes alemãs - Angela e Érika; dois, em um hospital de uma cidade no interior da Bahia; e o último, em um hospital particular em São Paulo. Não formulou críticas ao atendimento recebido na ACOMA, porém afirma ter uma preferência pelo parto hospitalar, pelo conforto que advém do fato de poder permanecer mais tempo naquele ambiente:

Ah, o hospital... como que diz, tem um conforto, assim melhor, a gente passa mais hora no hospital, é claro que elas [as obstetrizes da ACOMA] também não podem ficar com a gente dois dias como fica no hospital, mas, como que diz, elas cuida bem da gente, entendeu.

Elas não pode, porque lá chega mulher toda hora pra ganhar nenê, tem vez que o quarto, as camas tão tudo ocupado, elas corre, ajeita um e ajeita outro. Aí não tem como elas ficar com ninguém dois dias lá. Elas vão fazendo, vem visitar e tudo. E se elas vê que o parto não vai dar certo lá no ambulatório delas, elas mesmo leva pro hospital.

(...) É, no hospital é melhor porque a gente passa dois dias e chega em casa com tudo já... mais disposição, né, e já fica ali as pessoas... o hospital cuidando da gente. A diferença que tem do ambulatório para o hospital.

Para Marta, que tem vários filhos e, em São Paulo, não contava com uma rede de solidariedade para cuidar da casa e dos filhos ao regressar à sua residência após cada parto e nascimento, o período maior de internação hospitalar é visto como uma comodidade e conforto. Aponta, assim, para uma das deficiências desse Serviço, isto é, para o fato de que, por se tratar de uma proposta de atendimento ambulatorial, seu funcionamento adequado depende da existência de uma rede de solidariedade para ajudar a mulher nos cuidados com os outros filhos e a casa no período imediatamente após o parto, quando regressa para sua residência. Cabe lembrar que, em países

europeus como a Holanda, onde o parto domiciliar faz parte das opções assistenciais oferecidas pelo sistema de saúde pública, as mulheres recebem, em suas residências, apoio de uma profissional, no período após o nascimento do bebê, que a orienta em relação à amamentação e aos cuidados com o bebê, mas também lhe presta auxílio com relação aos cuidados com as crianças mais velhas e nas tarefas domésticas.

Porém, a despeito de sua preferência pelo parto hospitalar, Marta procurou o ambulatório para lhe prestar assistência, em duas das três gestações e partos que teve em São Paulo. Em ambos os casos, realizou o início das consultas de pré-natal e todos os exames de rotina em um posto de saúde, próximo à sua residência. Afirma que não havia diferença quanto ao tratamento dispensado pelo posto e pelo ambulatório da ACOMA, mas, para ser atendida no parto pelas obstetrizes, era necessário fazer, ao menos, parte do pré-natal no Serviço:

"Se vier [para o ambulatório] no último mês, que tiver... elas não recebem mais. (...) se eu fizer o pré-natal no posto e na hora de eu ganhar e eu não tiver falado nada com elas [as obstetrizes], nem conhecido nada, aí seu eu chegar lá pra ganhar, elas não atendem. Eu tenho que fazer antes.

Procurou o ambulatório, ao invés de ir a um hospital, entre outras coisas, pelo receio que teve de encontrar dificuldade em obter acesso a um leito:

Marta – É, porque eu achei que se fosse procurar hospital ...., que eu via a correria das outras aqui que ia pro hospital e... lá no alto [no interior da Bahia], lá pra gente é fácil, entendeu, na hora que a gente tá com trabalho de parto, eles cuidam da gente e é aquele mesmo hospital e eles não manda a gente pra outro lugar, entendeu?

Mas aqui tem aquele negócio de chegar... digamos, chega no Campo Limpo manda pra Santa Casa, aí chega na Santa Casa dificilmente passa da Santa Casa, entendeu, quem vai pra Santa Casa sempre tem sorte de ficar lá. Aí vai e fica rodando a cidade inteira, e chega em um tá cheio, chega em outro tá cheio, e às vezes acaba ganhando no táxi, outras vezes acaba o menino morrendo por causa disso, entendeu. (...) Aí eu

achei que seria melhor ganhar aí, porque aí já conhecia, aí qualquer hora... eu já acertei com ela [a obstetriz], e a hora que eu desse as dor não precisava ficar rodando.

Percebe-se que o fenômeno da peregrinação hospitalar (TANAKA: 1995) é problematizado pela Marta, a qual percebe o mesmo como uma ameaça à saúde de seu conceito. Assim, o medo dos riscos decorrentes da "inoportunidade da assistência", que caracteriza os serviços de atenção ao parto que lhe são disponíveis, leva-a à procura de outras alternativas. Por outro lado, o fato de ter encontrado no ACOMA uma alternativa plausível para ela, remete-nos a outras questões, entre as quais, a confiança que tem no funcionamento do próprio corpo, em trabalho de parto; a conveniência da proximidade desse Serviço; as boas recomendações que tivera sobre o serviço de atendimento ao parto da ACOMA; a relação de confiança que estabelecera com as parteiras durante o pré-natal.

Por outro lado, ao contrário de outras entrevistadas, não valorizava a possibilidade que este serviço oferecia de ter a seu lado a presença de acompanhantes de sua escolha. Seu marido esteve presente em ambos os partos que ocorreram no ambulatório, porém segundo ela, não fora a seu pedido:

"Se quisesse ficar [dentro da sala], ficava, entendeu, se não quisesse... (...) eu não falei nada, ele ficou porque quis."

Segundo ela, Ezequias teria ficado na sala, sentado perto dela, conversando durante o parto. Não a teria ajudado a apoiar seu corpo durante o parto porque Marta não quis que ninguém a segurasse naquele momento. Transmite a impressão de que para ela, o parto é vivenciado como uma experiência íntima que diz respeito fundamentalmente a ela e a quem a atende. Em contraste com a aparente indiferença que Marta demonstra em relação à presença de seu cônjuge, Ezequias retrata essa experiência com emoção, e a tensão entre as distintas perspectivas de ambos quanto a este evento transparece:

Sônia - Ahã. O que você achou de assistir o parto?  
Ezequias - Ah, eu achei muito bonito.



Sônia - Você achou...

Marta - Ah, bonito porque não é em vocês...

Ezequias - É, tá certo, a gente vai... tá certo, mas é que eu acho, apesar que eu acho que é muito impressionante uma mulher ganhar um nenê. (....) Gostei muito [de assistir o parto], porque às vezes a gente fica mais... bem, por dentro das coisas, né, vê o sofrimento de uma mulher, então a gente também dá valor a...(...) É bem difícil... fiquei vendo ela sofrer altas horas lá, que tava... a gente sente feliz porque sabe que vai ser pai, mas que ela sofre, sofre.

É interessante notar que, nesse caso, houve uma inversão em relação à situação mais freqüente que encontramos em nossa pesquisa de campo, no que diz respeito à manifestação de uma demanda ou de uma expectativa quanta à participação do cônjuge na cena de parto, entre a clientela de usuárias do serviço. Em vários casos, deparamo-nos com uma expectativa das mulheres, que nem sempre pôde ser correspondida, de que seus cônjuges estivessem presentes. Porém, esse foi o único caso em que o cônjuge fazia questão de estar presente e a mulher se mostrou indiferente, ou até mesmo incomodada, com relação a este aspecto da experiência do parto e nascimento. Cabe ressaltar que a tradicional noção de que ver o sofrimento da mulher faz o homem lhe dar valor, é aqui enunciada por Ezequias e não por Marta.

Ao indagarmos qual a experiência de parto que considera mais satisfatória, Marta nos disse que foi o último parto - uma cesárea feita em um hospital particular, para que pudesse realizar a laqueadura. Se o medo de não encontrar vaga em hospitais conveniados ao SUS foi um fator que levou Marta a procurar a assistência do ambulatório da ACOMA, nesse outro momento, a dificuldade em realizar a laqueadura em hospitais conveniados ao SUS levou-a a procurar um médico e um hospital particular. Quando resolveu fazer a laqueadura, a despeito das objeções de natureza religiosa e da oposição aberta de seu cônjuge, Marta estava grávida de Tomás. Procurou um posto de saúde, pois sabia que com trinta e dois anos, seis filhos e grávida do sétimo, cumpria todos os requisitos legais para candidatar-se a se submeter a essa cirurgia pelo SUS. Segundo ela:

"É que eu não conseguia fazer a laqueadura nos hospital... nos hospital por aí, entendeu, o posto me encaminhou, o posto me encaminhou pro Hospital Interlagos, lá em Interlagos e eu fui. Quando eu cheguei lá eles falou que a agenda já estava cheia, que não dava pra pegar mais. Aí eu fiquei fora do plano deles lá... aí... aí eu tive que pagar pra fazer.(...) aí eu fiz numa maternidade particular, e paguei e fiz. Fiz o parto... aí já não foi mais normal, eu fiz o parto, fiz cesárea, e fiz a laqueadura.(...) Paguei pelo parto e pela laqueadura."

Valoriza muito esse parto, porque para ela, como para outras mulheres de camadas populares, a laqueadura, enquanto método contraceptivo, representou uma 'solução definitiva' (DINIZ et. al. : 1998) e 'moderna' (DALSGARD: 2000) para sua vida reprodutiva, a respeito da qual expressa insatisfação. Encerrou, com essa medida, tomada por sua iniciativa e insistência, frente à oposição de seu cônjuge e os conflitos com este, em torno da anti-concepção.

Além disso, como vimos antes, para ela o fato de poder ficar internada alguns dias no hospital após o parto, representava uma comodidade e um conforto, já que não contava, em São Paulo, com uma rede de solidariedade para cuidar da casa e dos filhos ao regressar à sua residência. Por fim, cabe destacar alguns elementos da assistência recebida neste hospital, a qual avaliou positivamente, ao compará-la com suas outras experiências de parto:

"Olha, no atendimento particular eles trata você com o maior carinho que possa imaginar, fica um enfermeiro com você o dia e a noite inteira, cuidam do bebê, que nos outro lugar você que tem que cuidar do bebê, e... te dão até banho, te levantam da cama, porque você tá de parto cesárea... eu sei que eu fiz cesárea dele, você não consegue levantar elas te levanta, você tem uma campainha na cabeceira da cama pra você chamar e pedir o que você quiser, eles te dão remédio a hora, toda hora, entendeu, nos hospital... nos outros lugares não tem essa mordomia, não! Quem quiser que se vire, se puder levantar, levanta, senão você se enrola ou peça a alguém do quarto pra te ajudar.

(...) ele [o bebê] fica num bercinho...encostado a mim.  
Quando eu quero dar mamã elas pega pra mim dar  
mamã, elas põe pra arrotar e põe no berço e embora.

Atribui os aspectos do atendimento, que apreciou, ao fato de se tratar de um serviço particular, referindo-se aos mesmos em conjunto como uma 'mordomia'. Entretanto, ao examinarmos quais os aspectos identificados como 'mordomias', podemos notar que, de modo geral, não se constituem em extravagâncias. Refere, em primeiro lugar, ao tratamento atento e respeitoso que recebeu dos profissionais de saúde, dizendo que a trataram 'com o maior carinho'. Em seguida, aponta para o apoio dispensado nos cuidados com o bebê e com ela, em fase de recuperação pós-cirúrgica. E, por último, refere-se à existência da campainha, que lhe possibilitava solicitar e receber atenção, quando julgava necessário. Ao falar, em contraste, da assistência 'nos outros lugares', isto é, nos hospitais conveniados ao SUS, retrata a situação de abandono, freqüentemente descrita em discursos de mulheres de camadas populares, ao se referir à atenção ao parto nesses serviços (LAMY: 2000; HOTIMSKY et. al. : 2001) , onde as pacientes procuram 'se virar', na ausência de profissionais de saúde, contando, quando tem sorte, com o apoio de outras pacientes.

Apresentamos a seguir, a trajetória de Denise por ser, em alguns sentidos, exemplar entre nossos sujeitos de camadas médias e, ao mesmo tempo, por nos oferecer a oportunidade de discutir um dos poucos casos em que havia, antes do parto, uma adesão ao ideário antropológico.

Como seus dois irmãos mais velhos, Denise nasceu em casa. Em 1966, quando de seu nascimento, sua família morava em um pequeno município do interior de São Paulo e, embora houvesse um hospital na cidade, ainda era mais comum, naquela época, as mulheres darem à luz em casa.<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> Ainda em 1970, segundo inquérito realizado por MONETTI (1974), 64,82% dos partos no Interior do Estado de São Paulo e 24% dos partos no município de São Paulo eram domiciliares. No Estado como um todo, a taxa de nascimentos domiciliares era de 58,4%. Portanto, há pouco mais de três décadas atrás, isto é, em nosso passado

Filha de um ferroviário e de uma dona de casa, Denise pondera que considerações de ordem financeira poderiam ter norteado a decisão de sua mãe de chamar uma parteira para lhe prestar assistência em casa, ao invés de ir ao hospital.

Soube das circunstâncias de seu nascimento, em maiores detalhes, quando estava grávida, pois sua mãe não costumava comentar muito sobre os partos com seus filhos.

Sua mãe não teve outros acompanhantes na cena do parto, além da parteira. Seu pai estava trabalhando fora e seus irmãos tinham sido 'despachados' para a casa de uma vizinha, por ocasião do parto, à medida esse evento não era 'coisa de criança'.

Chovia muito e faltou energia na casa e, assim, Denise nasceu, à luz de velas. O que chama nossa atenção, neste relato, é o modo como a entrevistada resgata as circunstâncias de seu nascimento, sinalizando continuidades e descontinuidades em relação ao seu próprio parto e nascimento de sua filha:

uma coisa que ela comentou comigo, ela estava em trabalho de parto e acabou a energia (risos). Acho que estava chovendo, teve problema, assim, e acabou a energia e acabei nascendo à luz de velas (risos). Acho uma coisa, assim, bem interessante, isso que tem... essa coisa, assim, de fazer o parto mais humanizado, não ter essa coisa de ter muita luz, a gente não ter um ambiente mais aconchegante, né. Então no meu caso aconteceu meio assim... por acaso, né, à luz de velas, né.

Sua mãe, como ela, teve o parto fora do hospital e na penumbra, porém enquanto as circunstâncias de seu nascimento se devessem, segundo ela, a constrangimentos de ordem econômica e a um acaso - a falta de energia, as circunstâncias do parto de Denise e nascimento de sua filha foram, em sua opinião, o resultado de uma opção que fizera, fruto de um ideário que norteia vários aspectos de sua vida e não apenas o parto.

---

recente, a maioria das mulheres, no Estado mais industrializado do país, davam a luz em casa assim como quase um quarto das residentes da maior metrópole brasileira.

Farmacêutica antroposófica, questões referentes ao local do parto e de qual o profissional que iria atendê-la, eram bastante significativas para Denise, suscitando muitas dúvidas e mobilizando-a, principalmente, durante os últimos 3 meses da gestação, na procura de uma solução que considerasse satisfatória.

A concepção antroposófica do nascimento, enquanto um 'encontro cômico' levava-a a se preocupar com o ambiente em que sua criança iria nascer, pois queria que fosse um lugar em que ela se sentisse 'bem acolhida' e que fosse propício ao desenvolvimento de sua alma:

É porque a antroposofia ela aceita já a existência prévia do ser, do indivíduo, então vamos dizer, você que está chegando aqui agora é um ser que já é prévio, já teve experiências de vida tudo, não é? E existe laços de afinidades entre os seres, então, por exemplo, o fato de chegar uma criança dentro daquele lar, é porque ela tem uma afinidade, vamos dizer assim, de ser energética com aquele pai e com aquela mãe, de certa forma ela até escolhe uma situação que vai ser favorável ao próprio desenvolvimento dela, desenvolvimento como alma, como espírito, como ser. (...) aí entra naquela relação que eles chamam de carma, aquela situação de... que tem uma ligação já com aquelas almas. (...)eu pedia muito assim, internamente, em conversa, eu conversava com a criança também sobre o local em que ela fosse se sentir melhor para ser acolhida, onde ela gostaria de ser acolhida.

É interessante notar que a concepção antroposófica da individualidade do ser, mesmo antes do nascimento, faz-se presente em sua 'conversa interna' com a criança em gestação, acerca de qual ambiente onde *e/la* se sentiria mais bem acolhida. Por outro lado, Denise acreditava que, dentro da visão antroposófica, o ideal seria a criança nascer na própria casa, enquanto que o hospital, tal como ele é organizado hoje, seria o local menos propício para o seu nascimento:

(...)a casa já é aquele ambiente conhecido, já é um ambiente assim, que a criança mesmo estando dentro da barriga da mãe já tem uma familiaridade com o

local, aquela coisa assim da sensação, o tato (...)ela já tem uma familiaridade com aquele espaço. Por exemplo, dentro de um hospital, você está assim num ambiente totalmente diferente, a própria mãe já está num estado de estresse, dentro daquele ambiente é assim mais frio, não é aquele receptivo em função de máquinas, aparelhos, equipamentos, luz e... quer dizer, você vai ter contato com pessoas que não é do seu meio ali, não é conhecido. Então isso de certa forma está também fazendo com que a criança sinta isso, o próprio ambiente, o local, a questão por exemplo da luz, de fazer a criança chorar, eu não sei se hoje em dia em hospital eles fazem a criança chorar ainda, batem na criança, eu não sei se isso é conduta ainda, não é mais, não é? Mas assim, eu acho que tem certos detalhes que parecem ser pequenos, mas que são os pequenos detalhes que fazem uma diferença, então, por exemplo, a Elvira [gineco-obstetra antroposófico que acompanhou seu pré-natal e parto] ela faz o parto em hospital, dentro da conduta dela, talvez assim, eu não sei como seria o parto com ela dentro de um hospital, mas eu acho que dentro de um hospital também tem formas de você trabalhar este hospital e deixar ele de uma forma mais acolhedora, não é só dentro de casa ou lá no ambulatório, eu acho que tem como o hospital ficar mais acolhedor, é que eu acho que a forma como ele é estruturado hoje, ele não é tão acolhedor. Eu me sentia muito mal também neste ponto, pensar que dentro de um hospital eu ia me sentir muito sozinha, por exemplo, o Ernesto poderia até ficar do meu lado, mas não ter uma participação tão ativa quanto ele teve lá, e isso foi importante. (...)aquele excesso de cuidados com contaminação, assepsia... [no hospital]são importantes, é claro, mas que isso dá um distanciamento. Então, eu acho que isso é um ponto, o que vale mais a pena, se é aquele excesso da questão só material, de não ter uma bactéria, não ter um agente contaminante, ou aquele carinho, aquele afeto, porque a partir do momento que você começa a tomar medidas para deixar aquele ambiente totalmente estéril, quer dizer, não ter vida nenhuma ali... então assim, tem um lado até que reflete uma forma de pensamento... quer dizer, é um ambiente que não é acolhedor a vida, quer dizer, está chegando uma vida ali, quer dizer, não importa só a questão da condição ambiental, eu acho que tá em jogo a questão da receptividade, do calor das pessoas que estão recebendo aquela criança ali e mesmo com a mesma,

porque a mãe também está numa situação muito especial, está muito fragilizada naquele momento, eu me senti assim muito fragilizada, tipo assim, se eu não tivesse um apoio do Ernesto, de pessoas que eu realmente sentisse assim, que tinham a ver comigo, eu senti que seria um momento que seria muito mais difícil, eu acho que é um momento até traumático, dependendo da situação

O que se destaca em sua fala é a noção de que a assepsia hospitalar, a princípio, faz com que este ambiente seja frio, impessoal e pouco acolhedor, sendo portanto, pouco propício para o nascimento de uma criança, embora acredite ser possível fazer alterações na organização hospitalar, de forma a tornar o ambiente mais acolhedor.

A teoria microbiana da infecção contrapõe à concepção holística antropológica, em que outros elementos, envolvendo o equilíbrio espiritual e a situação cármica, podem influir no desenvolvimento espiritual que aquele momento propicia e na disseminação ou não de uma infecção:

(...)uma amiga tem uma formação escolar alguma coisa assim , a primeira coisa que vem, ah...mas e questão de assepsia , a primeira coisa que vem na cabeça é isso, né, a questão do lugar, da limpeza...e isso tudo que eu vivenciei como um drama, vamos dizer assim, durante o começo da gravidez eu querer buscar assim, eu vou pro hospital ou não vou, é muito em função também de todo um racional, assim, de todo um conteúdo de informação racional, que já te fala, não isso pode dar errado, é perigoso não sei o que, né, mas se isso você começa assim a romper um pouco com essas questões intelectuais, e observar que de repente assim, nascer, parto, os índios tem no meio do mato...né, uma coisa assim , natural, nasce, a questão de infecção ou não ter infecção, eu não sei a te que ponto, é difícil né, acho que depois que você faz um trabalho desse você começa a avaliar até que ponto isso realmente é ou não é , o ponto está interferindo isso, o meio, né, sendo que de repente você está fazendo um trabalho com tanto amor com tanto calor assim, com tanta dedicação, que se isso não tá combatendo aquela infecção, vamos dizer que possivelmente você vai pegar , dentro do hospital que é um local mais frio, que apesar de toda aquela assepsia, a condição assim, do meio né, do lugar das pessoas não é tão calorosa, tão receptivas, né, então esse tipo

de questão, você começa a se perguntar né, e...é assim, essa coisa da pessoa, vamos dizer assim, que tem mais informação, mais conhecimento, de romper com esse padrão e... vamos dizer assim e ir até lá pra fazer um parto , eu acho que é um pouco mais difícil, acho que requer assim, muito esforço e... um trabalho de romper com essas questões... que foi o que eu de repente vivi nesses primeiros meses da minha gravidez, que foi meio que romper com esses padrões esses já preconceitos , pré-conhecimentos, que realmente que você entra com uma cabeça de farmacêutica lá dentro, eles vão falar, mas gente aqui não tem assepsia nenhuma sabe, não tem condição higiênica do ponto de vista normal, assim sanitário da medicina, aí de repente você começa a ver que não é nada disso, não é assim que acontece, então essas questões , você pergunta mas e aí, onde é que fica tudo isso, né.

Fala também do 'trabalho interno' envolvido em romper com os seus preconceitos de higiene e de classe para realizar o parto na Casa de Partos da ACOMA, situada numa favela na periferia da zonal sul do município, o que talvez ajude a explicar porque a 'clientela particular' de Angela não era maior. Assim, essa experiência lhe propiciou transformações interiores associadas ao 'desenvolvimento espiritual'.

Vemos, novamente, nesse exemplo, uma confluência entre a concepção antroposófica de parto e o ideário do "casal grávido".

É interessante notar que, para elas, as características do ambiente também influem nas possibilidades de participação de seu cônjuge nesse evento. Nota-se que sua preocupação não é apenas com a presença do seu marido e pai da criança no parto, visto como essencial, mas com a qualidade de sua participação e a possibilidade desta ser mais "ativa", em consonância com o ideário do "casal grávido" (SALÉM:1989). A relevância da participação ativa do pai aparece no depoimento de seu marido, Ernesto, sobre o evento:

eu participei do parto, vi nascer, então, aquela carinha da Larissa, erguendo assim a cabeça né, é....eu cortei a Ângela, corta aí o cordão umbilical, né, e...aí nasceu 9 horas, 11 horas da manhã a gente já tava em casa, os porteiros não acreditaram, que a gente tinha saído de madrugada, eles: ué, mais já voltaram, e...então,



isso foi algo assim que me marcou muito essa coisa de tá ali participando de ter a oportunidade de tá participando, de tá vendo, tá sentindo essa coisa que foi a coisa primordial, né, e assim, do contato da Ângela

É importante assinalar que essa naturalização da presença do pai no momento do parto e a expectativa de que ele tivesse uma intensa participação, desempenhando um papel ativo nessa cena, foi consensual entre os membros da 'clientela particular' entrevistada, corroborando a idéia de que se trata de um fenômeno, cujo referente sociológico são as camadas médias.

Por outro lado, contudo, a afirmação de que se trata de um ideário das pessoas entrevistadas, a idéia de uma experiência que envolve a intimidade do casal, devendo ser partilhada "a dois", como sugere SALÉM (1989), não está presente no discurso e, tampouco, nas atitudes de todos os sujeitos de camadas médias entrevistados. Em 3, dos quatro casos, as mulheres também convidaram amigas para participarem do evento, acreditando, também, ser essencial a presença das mesmas.

Nota-se que coube às mulheres determinarem quem seriam as pessoas presentes e que, em todos os casos, as convidadas eram amigas. Assim, a presença de amigas, como acompanhantes de parto, é um fenômeno comum constatado em ambas as clientelas e camadas sociais.

Ao mesmo tempo, Denise tinha medo de fazer seu parto em um hospital porque temia fazer uma cesárea desnecessária e porque, talvez, inclusive, em função de sua formação de farmacêutica, preocupava-se com os riscos decorrentes de uma anestesia:

eu tenho mais medo de cair num hospital, nas mãos do anestesista (risos), você entendeu, eu tinha muito medo porque eu tinha certeza que se eu fosse para um hospital, não ia assim... respeitar um parto natural, normal, ele ia querer fazer cesariana, qualquer coisa assim que demorasse um pouco mais, ia cair numa cesariana e eu não queria fazer cesariana sendo se eu pudesse fazer um parto normal, né. (...)Porque eu acho que o parto normal é natural, é alguma coisa assim de que desde que o homem é homem ele vem ao mundo dessa forma eu acho que é a forma mais natural que

existe de vir ao mundo, né. Não que eu seja contra a cesariana, muito pelo contrário, eu acho que ela é super bem vinda né. Mas, não da forma que vem sendo utilizada, né, então eu tinha medo de cair no hospital e o pessoal me fazer uma cesariana sem necessidade. (...)

Eu não sei, eu fico imaginando assim, puxa vida de repente é tão mais fácil nascer, né, de parto natural do que de repente o anestesista colocar uma agulha nas minhas costas e tá certo, né (risos), que ele tem toda técnica dele, mas eu ficava imaginando, eu não sei, eu tenho medo, eu não gosto desta coisa de anestesia, de ficar num descaso de erro médico, aquela coisa a todo né. Então assim se pode ser uma coisa natural, porque você vai correr o risco, né.

Assim mesmo, a decisão de realizar seu parto fora do hospital não foi tranqüila, suscitando dúvidas e inseguranças:

Porque, assim, no fundo eu estava um pouco na dúvida, estava oscilando se eu iria realmente fazer o parto, vamos dizer assim, em casa, né, ou fora. Podia ser até no ambulatório da Monte Azul ou em qualquer outro lugar, ou no hospital. Eu estava insegura, eu tinha essa insegurança, né, ao mesmo tempo que eu não queria ir pra um hospital, você entendeu, eu tinha a insegurança de fazer um parto fora, né, tanto é que chegou, assim, lá pelos seis, sete meses, eu cheguei numa situação meio limite, e falei: não, eu vou ter que optar. Foi aí que eu pensei: bom, o que eu vou preferir, o quê que eu tenho menos medo, é da mão do anestesista ou de fazer um parto fora do hospital. Então eu acho que foi neste momento que eu precisei assumir aquilo que eu teria que estar fazendo, e foi aí que eu resolvi assumir: eu prefiro fazer um parto natural, né, eu acho que pra mim vai ser mais coerente comigo, com aquilo que eu sou, com... né, do que ir pra um hospital. Acho que foi por isso, porque até nesta fase, até uns sete meses, eu tava assim, nessa oscilação, eu tinha um medo... Tanto é que esse desejo de não estar comentando com a minha família a respeito desta minha vontade, era justamente pra não ter muita influência, né, de ficar com aqueles pensamentos: não, que pode acontecer isso, pode ser aquilo, e assim, isso pra mim era uma coisa que pesava. Então eu acho que o fato de eu ficar muito tempo buscando outras coisas, querendo ver, era

assim, pra criar uma certeza daquilo que eu realmente iria fazer, né.

Antes de resolver fazer seu parto na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul, pediu à sua gineco-obstetra, com a qual se consultou durante todo pré-natal, se esta realizaria um parto domiciliar. Porém, embora ela fosse antroposófica e tivesse colaborado com Angela Gehrke da Silva em vários partos domiciliares e ambulatoriais, não se propunha a atender partos no domicílio. Denise e seu conjugue, então, visitaram dois hospitais, inclusive um mais 'humanizado' onde sua médica trabalhava e se propunha a atendê-la, e se consultou com outra obstetra que atendia a partos domiciliares, antes de resolver fazer uma consulta com Angela. Percebe-se, nesse sentido, que a decisão é vivenciada como uma decisão individualizada e singular, sendo fruto de investimento ativo.

Estando propensa a fazer o parto na Casa de Partos, e contando com o apoio e aprovação de seu cônjuge, com relação ao local do parto e à profissional que lhe prestaria assistência.

Denise procura tranquilizar-se quanto à eventualidade de ter que recorrer a um hospital, convidando sua gineco-obstetra para estar presente na cena do parto. Assim, caso houvesse alguma emergência, poderia contar com o apoio dela para facilitar a internação hospitalar. A obstetra estabelece, então, um contrato com sua cliente, visando à remuneração de sua presença na cena do parto.

Explicita-se, assim, o quanto as considerações acerca dos riscos relacionados ao parto norteiam o modo de como se conduz em relação ao parto fora do hospital.

Uma vez estabelecidos esses acordos, planeja e negocia com Angela outro aspecto relacionado ao ritual do parto. Explicita seu desejo de realizar o parto na água, numa banheira existente na Casa de Parto, e Angela aceita a proposta.

Assim, quando as dores do trabalho de parto se tornaram mais freqüentes e regulares, veio para a Casa de Parto com seu cônjuge,

trazendo suas emulsões de lavanda para colocar na banheira e 'ajudá-la a relaxar'.

Chama atenção que certos rituais, relacionados ao processo de parto e a cena do parto, são fruto de uma negociação entre a cliente e a obstetriz. Esses, certamente, tornam-se mais sofisticados quando se trata de sua 'clientela particular', podendo ser ainda mais elaborados nos partos domiciliares. O planejamento prévio envolve, por um lado, as pessoas que serão convidadas a estarem presentes; onde ficarão - se dentro ou fora do quarto onde o parto acontece – geralmente, no quarto do casal; e quem cortará o cordão umbilical, pois nem sempre é o pai. Também pode envolver a seleção de músicas que serão tocadas durante o trabalho de parto e parto; o arranjo ou rearranjo dos móveis para melhor acomodar as pessoas presentes, inclusive a obstetriz e seus instrumentos; o tipo de iluminação e onde esta será instalada; o uso de incenso; Aquecimento ou ventilação adequadas.

O ambiente passa por alguns rearranjos, segundo o desejo da grávida, feitos em geral com os próprios objetos disponíveis na casa, que se realizam especificamente para melhor acomodar esse evento.

No caso do parto de Leia, por exemplo, professora de loga que ministrava aulas de loga para gestantes, esse planejamento era mais sofisticado ainda, pois contemplava rezas, danças, músicas, incenso e massagens, relacionadas à seita hindu, à qual ela e seu cônjuge pertenciam, e uma câmara de vídeo para registrar o evento.

Porém, mesmo cercado com todos estes cuidados e todos estes rituais, o parto pode envolver momentos de tensão, como ocorreu durante o parto de Denise e, neste caso, segundo o depoimento de Ernesto, seu marido, foi a segurança transmitida pela obstetriz que os deixou tranquilos:

ela tem esse jeito alemão de ser, né, essa coisa assim distante mais...compromissada não sei né, eu percebi assim que ela era absolutamente neutra ali né, que ela passava assim...uma, acho que uma competência ou uma neutralidade que ela não se envolvia emocionalmente né, entre aspas, (...)ela não aparecia né, mais sempre com aquela....você olhava pra ela tava ali, né, precisou tava ali,

(...)Eu vi assim, como...algo incrível, porque eu senti assim, segurança ela conseguia assim, passar uma segurança absurda, meio que falando assim, olha eu sou uma espectadora aqui vocês é que tem que...o filho é de vocês, o processo é de vocês, vocês é que tem que viver essa vida, né.

(....)teve uns momentos assim de um pouquinho de tensão né, tanto, acho que eu e a Denise tentava olhar assim pra Ângela, olhamos pra Evelina, pra tentar saber o que estava acontecendo, porque é...algumas vezes por exemplo a Ângela ia lá, e...vamos ouvir aí o coração do nenê e tal, o estetoscópio e...(....) não sei o quê que estava acontecendo ali, mais no momento em que a Ângela pediu pra sair da banheira, foi um momento assim que ela... pelo menos que eu percebi assim, acho que a Denise nem teve ter percebido, é...vamos ouvir o coração do nenê, aí eu ficava ali em cima, me pareceu assim, pô, parece que a Ângela não escutou esse coração, né, do nenê, então teve alguns momentos assim, mais tensos, aí ela falou, há então vamos pra cama, e mesmo na hora em que nasceu assim, (....).é acho que demorou um pouquinho mais pra nascer, assim que a Denise foi pra cama, parece assim que quando a Ângela tocava na cabeça do nenê já via o cabelo né, mais não saía, (...), ela viu tudo isso, a gente não conseguiu ver isso né, e teve várias tentativas de sair, voltar, sair, meio que assim, aparece a cabeça e volta e dá mais soro, então assim, não sei pra Ângela foi tudo normal, não teve problema nenhum, mais o comentário da Evelina, depois até, que assim ela achou assim, olha se vocês estivessem num hospital, com certeza iriam fazer cesariana, porque demorou muito, estava difícil de nascer, essa foi uma avaliação da Evelina, pra Ângela não ela não comentou nada, tá aí, nasceu bem, deu as notinhas, e tal né, da criança.

Chama atenção o fato de que ambos os cônjuges afirmam não terem sentido a mesma segurança ou confiança no trabalho da Evelina, que, por sua vez, deixa claro para seus clientes que não compartilhava das mesmas noções e prioridades de risco que Ângela adotava.

O processo de nascimento e parto é um encontro clínico. As condições de intervenção, por parte das usuárias ou clientes de um serviço, em relação aos cuidados de saúde dispensados, são desiguais e

desfavoráveis *vis a vis* os profissionais de saúde, à medida que estes detêm um saber profissional que lhes confere autoridade neste evento (STARR: 1982). Entretanto, os relatos atestam formas de intervenções possíveis e nos ajudam a elucidar as diferentes demandas em relação a qualidade da atenção dispensada no pré-natal e parto, de uma perspectiva leiga.

As decisões tomadas pelas mulheres, cujas trajetórias reprodutivas descrevemos sumariamente, em relação a *aonde*, *como* e *com quem* realizar seus partos e dar à luz seus filhos, sofrem uma série de constrangimentos do contexto sócio-econômico e parecem ser bastante condicionadas pelas suas histórias de vida e experiências reprodutivas. Não é possível, no entanto, reduzi-las a um único fator ou a razões, de ordem puramente pragmática.

No caso, o parto é visto, pelas quatro entrevistadas, como um evento que envolve riscos. Porém, embora explicitem noções de risco, algumas associadas ao conhecimento biomédico, e, portanto, a uma concepção moderna de parto, priorizam diferentemente os riscos relacionados a esse processo.

Elenice, Marta e Denise priorizam a confiança na profissional e no seu discernimento clínico acerca da necessidade de se realizar uma transferência para um hospital e essa confiança é compartilhada por membros de suas respectivas redes de relações sociais que as acompanham no(s) parto(s) realizados no ambulatório ou na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul. A possibilidade de trazer um acompanhante de sua escolha é valorizada por Elenice e Denise, enquanto o isolamento e/ou desamparo no momento do parto dentro do hospital é uma fonte de temores. O maior temor de Marta em relação ao parto hospitalar em São Paulo, é a dificuldade de acesso a um leito, enquanto para Denise, cuja condição sócio-econômica e cujas iniciativas pessoais parecem garantir que não enfrentaria este problema, o maior temor em relação ao parto hospitalar é a possibilidade de ter que se submeter aos riscos de uma anestesia e cesárea desnecessária. A questão da cesárea desnecessária não parece ser uma consideração importante nas decisões tomadas por Elenice e Marta

referente aos partos atendidos no ACOMA, pois não emerge em seus discursos acerca de suas vivências de parto. .

A presença de acompanhante no momento do parto não é, sequer, mencionada por Izilda e não é uma questão importante para Marta. Ambas valorizam a possibilidade que o hospital oferece de permitir que descansem durante os dias de permanência, além de outros aspectos do atendimento hospitalar, embora nem sempre sejam os mesmos aspectos. Ambas valorizam a tecnologia disponível para o parto no hospital, para Izilda esta é vista como lhe oferecendo proteção contra os riscos das patologias associadas ao parto e, para Marta, representa o acesso a certos confortos. Por outro lado, Izilda não descarta completamente a confiança no profissional. Cabe lembrar, nesse sentido, que entre os fatores que contribuíram para dar à Izilda maior confiança na qualidade da assistência da maternidade em que deu à luz, em sua terceira gestação, a despeito de se tratar de um serviço conveniado ao SUS, motivo de desconfiança para ela, foi a indicação da parteira, indício da legitimidade de sua autoridade profissional para essa cliente. A sua carta de encaminhamento lhe reassegurava que não estaria sujeita ao risco da 'peregrinação hospitalar'; a visita que fez ao hospital, assim como seu contato com a equipe deu-lhe outro parâmetro para avaliar sua qualidade e assegurou uma familiaridade com o serviço que, também, aplacou um pouco o temor do desconhecido, que cerca o momento do parto.

Nota-se, também, uma postura ativa por parte de Izilda, no sentido de ter desenvolvido estratégias para procurar se assegurar de um bom atendimento no setor conveniado ao SUS.

Há distinções importantes no discurso dessas mulheres, quanto à percepção do próprio corpo grávido. Enquanto Marta e Elenice logo se percebem grávidas e Elenice até desconfia de um teste de farmácia que nega seu saber encorporado (CSORDAS:1994), o discurso de Izilda parece indicar um distanciamento dela em relação às sensações corpóreas relacionadas à gravidez, após a primeira gestação. É seu marido que percebe que ela está grávida, aos 4 meses de gestação. Ao mesmo tempo,

percebe-se que suas gestações anteriores também a levam a dar muito valor ao conhecimento médico e tecnológico sobre seu corpo e desconfiar muito de sua própria avaliação. Assim, ela só se tranqüiliza, com relação ao andamento do trabalho de parto, com a realização dos diversos exames feitos no momento de sua internação hospitalar. Neste sentido, pode-se dizer que suas vivências contribuíram para que ela introjetasse mais a "visão patológica da fisiologia do parto", característica do discurso médico prevalecente no Brasil, em que o parto vaginal é percebido como 'normalmente patológico' e a utilização rotineira de recursos cirúrgicos, tais como a episiotomia, o fórceps e a cesárea, é justificada como medidas preventivas (MARTIN: 1992; DINIZ:1996).

Talvez em decorrência dessa concepção, Izilda associe o regresso à residência, horas após o parto, a riscos adicionais. Por outro lado, aprecia o período mais longo de hospitalização pós parto, à medida que o considera propiciar-lhe um maior descanso.

Em contrapartida, Elenice e Denise consideram o regresso à residência horas após o parto, em conjunto com as visitas domiciliares da parteira, como uma das qualidades desta modalidade de atendimento.

Como alguns autores têm enfatizado, a medicalização do nascimento e parto varia em distintos contextos sócio-culturais e portanto, este não pode ser considerado um processo monolítico (Van Hollen: 1998; Ram and Jolly: 1998). Em cada contexto, as estruturas e significados do parto e nascimento 'moderno' variam e, pelos exemplos citados, esperamos ter apontado algumas das variações nos significados atribuídos ao parto e nascimento 'moderno' e 'tradicional', entre membros da clientela deste estudo.

Como afirmam RAM & JOLLY (1998:14),

"Tanto nas tipificações feitas por mães como naquelas feitas nas análises, há uma tendência a dicotomizar nascimento, parto e maternagem em 'tradicional' e 'moderno'. Isto reduz a diversidade de experiências de nascimento e parto em ambas as pontas - pois tanto os padrões 'tradicionais' como os 'modernos' são muito variáveis, não apenas em suas técnicas, mas em suas concepções e avaliações culturais"



Assim, o que procuramos desvelar é como alguns valores tradicionais e modernos se conjugam no processo de modernização do nascimento e parto, na realidade paulistana contemporânea.

### **9.3 Padrões de acompanhamento ao parto**

Existem indícios de que há uma associação consistente e significativa entre dimensões do suporte social - isto é, a percepção subjetiva que temos do apoio emocional e social daqueles que nos cercam - e a saúde.

Para diversos pesquisadores, o suporte social é uma das dimensões subjetivas que devem ser incluídas em pesquisas sobre qualidade de vida (FAERSTEIN:2000), saúde mental, estresse, pressão alta, diabetes (DRESSLER, BALEIRO, SANTOS:1997; FERREIRA KAWAL:1998 ) e sobre o nascimento e parto.

Particularmente, em relação ao nascimento e parto, as evidências científicas apontam para o fato de que a presença de acompanhante contribui para o seguro transcorrer do trabalho de parto e pós-parto, facilitando esse processo, com conseqüente melhoria dos indicadores de saúde da mãe e do recém-nascido e do bem-estar de ambos (HODNETT: 2000; DOMINGUES: 2000; CZANOCKA & SLADE: 2000; MADI et. al.: 1999; ENKIN et.al.: 1995; WOLMAN et. al. 1993; KENNEL et. al.:1991; HOFMEYER et. al.: 1991; CHALMERS et. al.: 1989; KLAUS et.al.:1986;).

Cabe ressaltar que os trabalhos inclusos na meta-análise, empreendida por Hodnett para a Cochrane Library, acima referida, mostram que a presença de acompanhante que garanta apoio contínuo, ao longo do trabalho de parto e pós-parto, reduz significativamente o percentual de partos cesáreas; a duração do trabalho de parto; a utilização de analgesia/anestesia; a utilização de ocitocina; e a hospitalização prolongada dos recém-nascidos.<sup>107</sup>

Foram essas evidências científicas que levaram a Organização Mundial de Saúde a recomendar a presença do acompanhante no parto na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto em 1985:

"O bem-estar da futura mãe deve ser assegurado através do livre acesso de um acompanhante, por ela

---

<sup>107</sup> Para outras informações ver as publicações acima citadas.

escolhido, ao parto e puerpério. Além disso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe apoio emocional" (OMS:1985 )

Podemos entender essa Recomendação, como uma medida de promoção de saúde e bem-estar da futura mãe e bebê.

Cabe indagar por que, nessa formulação da OMS, coloca-se que o acompanhante deve ser alguém de escolha da mulher que está parindo? Entendemos que há, implícito, um reconhecimento de que as formas de apoio são social e culturalmente construídas. Por isso mesmo, elas variam, segundo o contexto social, sendo moduladas a partir de diferentes valores culturais e sofrendo constrangimentos de diversas ordens.

Estranhamente, não obstante tais recomendações, políticas restritivas com relação à presença de acompanhantes no parto e nascimento são implementadas em hospitais, situados em diversos países do mundo, tanto naqueles 'em desenvolvimento' como em outros, 'desenvolvidos'. Analisando as políticas concernentes ao suporte social, existentes em 14 hospitais incluídos na meta-análise sobre suporte social no parto da Cochrane Library, constatamos que 7 não permitiam a presença de qualquer acompanhante no parto. Dentre estes últimos, 6 se situam em 'países em desenvolvimento' e um se situa em Texas, no sul dos Estados Unidos, voltado para uma população de baixa renda. Todos os 7 hospitais, em que a presença de acompanhante era permitido, restringiam o número de acompanhantes - em todos eles era permitido apenas a presença de um indivíduo como pessoa de suporte ou apoio à parturiente. Dentre estes, 5 estabeleciam que o pai do bebê era a única pessoa à qual era permitido o acesso à sala de parto. Em um hospital era permitida a presença apenas do pai *ou* de algum parente. Somente um hospital concedia à parturiente o direito à livre escolha de seu acompanhante, que podia ser o 'pai' do bebê, um parente ou um(a) amigo(a).

No Brasil, a grande maioria das maternidades públicas não permitem a presença de acompanhante, durante o parto, à exceção das mães adolescentes, que contam com amparo legal para isso no Estatuto da

Criança e do Adolescente. Segundo essa lei, de âmbito federal, em vigor desde julho de 1990<sup>108</sup>:

"Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições de permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente."

Percebe-se que, embora tenha o intuito de proteger o adolescente, garantindo-lhe apoio em todas as situações de internação, o Estatuto determina, em nome do adolescente, quais as pessoas ou categorias sociais que podem desempenhar este papel. Em outras palavras, há implícito na legislação em questão, um julgamento de valor acerca de quais são as categorias sociais apropriadas para prestar suporte social ou apoio emocional a um adolescente.

Cabe indagar se, ao nomear e instituir os pais ou 'responsáveis', como únicos acompanhantes apropriados para os adolescentes, em situações de internação, não se estaria reiterando uma concepção idealizada, ou mesmo, ideológica da família nuclear, como base e sustentáculo do apoio social e emocional ?

Em se tratando especificamente de mães adolescentes, dados da pesquisa, sobre os quais vamos discutir nesta seção, indicam que, nem sempre, elas podem contar com a presença dos seus pais ou os responsáveis, perante a legislação, no momento do parto. Aliás, em algumas situações, elas expressam, claramente, preferirem outros acompanhantes.

No Estado de São Paulo, existe legislação específica acerca do acompanhante no parto. A "Lei dos Direitos dos Usuários", Lei Estadual de São Paulo No. 10.241, de 17 de março de 1999, estabelece em seu artigo No. 2 , inciso XVI, o direito do usuário do Sistema Único de Saúde de:

"(...) ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto"

---

<sup>108</sup> Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei No. 8.069, de 13 de Julho de 1990, Título II, Capítulo I, Artigo 12.

Trata-se, novamente, de uma lei restritiva à medida que, conforme mostram os dados de nosso trabalho, nem sempre é possível ao pai do bebê estar presente no momento do parto. Tampouco, pode-se dizer que o pai, ainda que esteja disponível, seja sempre a pessoa de preferência da parturiente para lhe prestar apoio nesse momento. A presença do pai no parto é, como mencionamos, elemento do ideário do "casal grávido" (SALÉM:1989) e da "família moderna" (FONSECA:1997), cujo referente sociológico coincide, segundo Salém, com a moral das camadas médias urbanas, ditas modernas. Cabe aqui, novamente, uma reflexão acerca do caráter autoritário e ideológico dessa lei.

Nota-se que ela determina quem é a pessoa que deve exercitar o papel de acompanhante da mulher nos exames de pré-natal e no momento do parto. Não estamos aqui questionando o mérito do direito que se deve conceder ao pai do bebê em relação ao acompanhamento desse evento. Estamos sugerindo que não se pode pressupor, como faz a legislação, que esse evento seja concebido, universalmente, como um momento de reprodução e fortalecimento da família, e mais ainda, de constituição de um tipo específico de família - a família nuclear "moderna" ao qual, como afirma FONSECA (1997) estaria vinculada um determinado sistema de valores:

"intimidade, igualdade entre os esposos, a importância central do vínculo mãe/filho, e a imagem da criança enquanto ser psicologicamente em formação".  
(FONSECA:1997:24)

Procuramos indicar, nesta seção, algumas idéias e valores que orientam a clientela da ACOMA na escolha de seus acompanhantes e alguns dos constrangimentos que sofrem, em relação às preferências explicitadas.

Descrevemos, em seguida, padrões de acompanhamento no parto, existentes entre a população usuária de um serviço de atendimento ambulatorial ao parto e nascimento, pontuando alguns dos constrangimentos e dos valores que nortearam sua configuração.

Os dados quantitativos, que apresentamos, são fruto de um levantamento realizado nos Livros de Parto, entre abril de 1985 e março de 1997. Incluímos apenas 24, dos 36 meses do período de referência, para esse levantamento, uma vez que o sexto e último Livro de Parto desse Serviço, que cobria o final do período de referência, não foi localizado. Nesse período de 24 meses, 369 mulheres grávidas procuraram o ambulatório em busca de atenção ao parto e obtiveram algum nível de assistência da equipe dirigida por Angela Gehrke da Silva.<sup>109</sup> Nos registros dos Livros de Parto constam informações sobre a história reprodutiva dessas mulheres, a atual gestação e o trabalho de parto e pós-parto. Constam, também, informações sobre as pessoas de suas redes de relações e que vieram ficar ao seu lado durante esse evento. Os acompanhantes são designados, de acordo com a relação que tinha com a parturiente, segundo o informante.

Percebe-se, na Tabela 27 abaixo, que a grande maioria das mulheres, 80,2%, fizeram-se acompanhar por uma ou mais pessoas, durante o trabalho de parto e/ou parto.

Tabela 27: Proporção de partos acompanhados, entre aqueles atendidos pelo ACOMA, entre abril de 1995 e março de 1998.

ACOMPANHANTES	No.	%
Teve um ou mais acompanhantes	296	80,2
Não constam anotações sobre a presença de acompanhantes	73	19,8
Total	369	100,0

A própria possibilidade de compartilhar essa vivência e/ou ter o apoio de uma ou mais pessoas de sua escolha durante esse momento tão

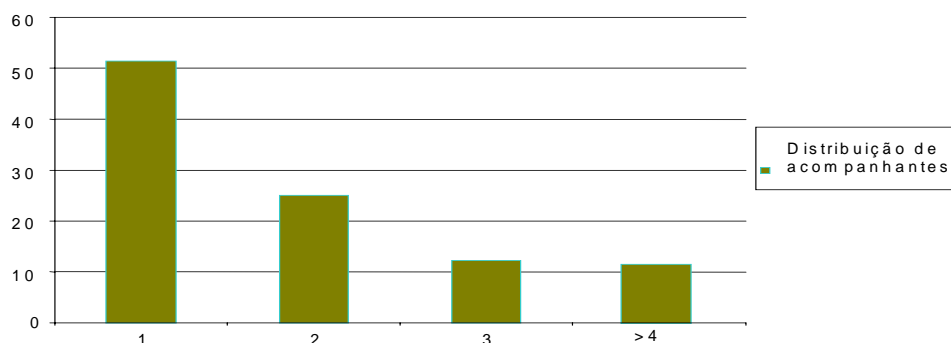
<sup>109</sup> 345 mulheres deram à luz no ambulatório, uma mulher voltou para casa e não retornou e 23 mulheres, isto é 6,2% das mulheres atendidas nesse período, foram transferidas antes do nascimento de seus filhos, por diversos motivos, para um hospital. Nota-se que, neste período, houve uma proporção maior de transferências intraparto do que no período de estudo como um todo (4,2%).

significativo em suas vidas, era uma das qualidades do serviço, mencionadas repetidas vezes nas entrevistas realizadas com sua clientela - tanto as 'usuárias' como as 'clientes particulares' - sendo um dos motivos pela procura do mesmo. Nas últimas consultas do pré-natal, oferecia-se essa possibilidade às futuras mães, sugerindo-se, inclusive, que convidassem os companheiros/maridos quando estes haviam sido mencionados nas consultas, para participarem do nascimento de seus filhos. A presença de acompanhante(s) não era uma exigência do serviço, era de livre escolha da mulher, não havendo qualquer tipo de restrição, inclusive, quanto ao número de pessoas convidadas.

A idéia de que a presença de acompanhante(s) no parto seja uma demanda de camadas populares urbanas é corroborado pelos resultados de pesquisa de DOMINGUES(2000), realizada em 1999, na Maternidade Leila Diniz, instituição pública localizada no município de Rio de Janeiro e que, segundo a autora, presta assistência a uma população constituída, em sua grande maioria, por mulheres de baixo nível sócio-econômico. Aproximadamente 59% das mulheres tiveram um(a) acompanhante durante o trabalho de parto, sendo que uma das principais razões para não ter o(a) acompanhante, o que ocorre em 33,3% dos casos de mulheres desacompanhadas, foi devido a "falhas do serviço [não permitiu o acompanhante, não informou a gestante]" (DOMINGUES: 2000:57).

Chama atenção o fato de que parte significativa dos partos acompanhados no ambulatório do ACOMA, o sejam por mais de uma pessoa, conforme Gráfico 2. Isto é, ao contrário das políticas restritivas, implementadas em muitos hospitais, até mesmo em países desenvolvidos, e do que reza a legislação de São Paulo, 38,8 % dos sujeitos desta pesquisa (representando 48,6% dos partos acompanhados) quiseram compartilhar a vivência do parto e o nascimento de seus filhos com mais de uma pessoa de sua rede de relações.

**Grafico 2: Distribuição de partos acompanhados, segundo número de acompanhantes nos partos atendidos na ACOMA entre 4/96 e 3/97**



De modo geral, as mulheres que estavam vivenciando a experiência do parto e nascimento de um(a) filho(a) pela primeira vez, e aquelas com menos filhos, é que foram acompanhadas por mais pessoas.<sup>110</sup> Inversamente, entre aquelas com mais filhos tidos, era mais freqüente encontrar mulheres que vinham dar à luz desacompanhadas. Certamente, vários fatores contribuem para essa tendência constatada. Para as mulheres que nunca tiveram filhos, o parto e nascimento do primeiro filho representa um momento de transição muito importante em suas vidas que talvez, por isso mesmo, desejam compartilhar com seus entes queridos. Como mencionamos anteriormente, PAIM (1998:35) observa que, nos grupos populares, a maternidade é vista como condição fundamental da identidade feminina, conferindo *status* superior às mães, em relação às mulheres que não têm filhos. Ao mesmo tempo, o desconhecimento em relação ao funcionamento do próprio corpo e o medo da dor, talvez, faça com que sintam maior necessidade de encorajamento, acolhimento e conforto das pessoas que a cercam. As mulheres mais velhas, por outro lado, que já passaram pela experiência de dar à luz, talvez, já contam com um saber

<sup>110</sup> Existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis paridade e número total de acompanhantes ( $P < 0,05$ ). Para realizar o teste de Qui-quadrado entre essas variáveis, os partos acompanhados por 3 ou mais pessoas foram agrupados no valor 3 e o valor 4 da variável paridade ou número de filhos tidos agrupa todas os valores de 4 ou mais filhos tidos.



encorporado (CSORDAS:1994) e sentem mais confiança em si e no manejo do próprio corpo, em sua capacidade reprodutiva e de lidar com a dor do parto.

É o que sugere o relato de Sirlene. Ela tinha 16 anos, quando do nascimento de seu primeiro filho e foi dar à luz em um hospital, ao qual tinha direito pelo convênio da empresa em que trabalhava. Segundo ela, os médicos não tiveram paciência com ela, ficaram nervosos e a trataram de maneira desrespeitosa. Ficou com medo e dor e começou a chamar a mãe e o marido, que a haviam acompanhado ao hospital, porém tiveram proibida a entrada na sala de parto. Ao comparar o serviço de parto ambulatorial da ACOMA, onde ganhou seu segundo e terceiro filhos, com o hospital, comenta:

"No hospital é diferente, é você e Deus lá largadas"

Ao nascimento de seu primeiro filho, foram utilizados fórceps que, em sua opinião, foi uma intervenção desnecessária, fruto da falta de paciência dos profissionais que a atenderam. Foi, para ela, uma experiência traumática:

"(...) Então, eu acho, minha raiva de ter ganhado o nenê no Oswaldo Fórceps foi por causa disso, não tiveram paciência comigo, tá entendendo? Eles não tiveram paciência porque eu ganhei nenê em outros lugares como por exemplo no ambulatório Monte Azul e a parteira de lá me disse que eu tinha total facilidade de ganhar normal, não precisava ganhar fórceps, entendeu? E eu sofri muito com esse parto.

(...)porque... no corpo da gente depois de ganhar nenê, o corpo sofre, as dores entendeu? Até que no parto não, (...) o problema é depois. Parece que arranca um pedaço do útero da gente, parece que arranca um pedaço da vida da gente, né. E o parto mexeu um pouco com a minha cabeça também, eu fiquei meio frágil da cabeça até porque eu não sabia que dia era da semana ou do mês.

### **9.3 Padrões de acompanhamento ao parto**

Existem indícios de que há uma associação consistente e significativa entre dimensões do suporte social - isto é, a percepção subjetiva que temos do apoio emocional e social daqueles que nos cercam - e a saúde.

Para diversos pesquisadores, o suporte social é uma das dimensões subjetivas que devem ser incluídas em pesquisas sobre qualidade de vida (FAERSTEIN:2000), saúde mental, estresse, pressão alta, diabetes (DRESSLER, BALEIRO, SANTOS:1997; FERREIRA KAWAL:1998 ) e sobre o nascimento e parto.

Particularmente, em relação ao nascimento e parto, as evidências científicas apontam para o fato de que a presença de acompanhante contribui para o seguro transcorrer do trabalho de parto e pós-parto, facilitando esse processo, com conseqüente melhoria dos indicadores de saúde da mãe e do recém-nascido e do bem-estar de ambos (HODNETT: 2000; DOMINGUES: 2000; CZANOCKA & SLADE: 2000; MADI et. al.: 1999; ENKIN et.al.: 1995; WOLMAN et. al. 1993; KENNEL et. al.:1991; HOFMEYR et. al.: 1991; CHALMERS et. al.: 1989; KLAUS et.al.:1986;).

Cabe ressaltar que os trabalhos inclusos na meta-análise, empreendida por Hodnett para a Cochrane Library, acima referida, mostram que a presença de acompanhante que garanta apoio contínuo, ao longo do trabalho de parto e pós-parto, reduz significativamente o percentual de partos cesáreas; a duração do trabalho de parto; a utilização de analgesia/anestesia; a utilização de ocitocina; e a hospitalização prolongada dos recém-nascidos.<sup>111</sup>

Foram essas evidências científicas que levaram a Organização Mundial de Saúde a recomendar a presença do acompanhante no parto na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto em 1985:

"O bem-estar da futura mãe deve ser assegurado através do livre acesso de um acompanhante, por ela

---

<sup>111</sup> Para outras informações ver as publicações acima citadas.

escolhido, ao parto e puerpério. Além disso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe apoio emocional" (OMS:1985 )

Podemos entender essa Recomendação, como uma medida de promoção de saúde e bem-estar da futura mãe e bebê.

Cabe indagar por que, nessa formulação da OMS, coloca-se que o acompanhante deve ser alguém de escolha da mulher que está parindo? Entendemos que há, implícito, um reconhecimento de que as formas de apoio são social e culturalmente construídas. Por isso mesmo, elas variam, segundo o contexto social, sendo moduladas a partir de diferentes valores culturais e sofrendo constrangimentos de diversas ordens.

Estranhamente, não obstante tais recomendações, políticas restritivas com relação à presença de acompanhantes no parto e nascimento são implementadas em hospitais, situados em diversos países do mundo, tanto naqueles 'em desenvolvimento' como em outros, 'desenvolvidos'. Analisando as políticas concernentes ao suporte social, existentes em 14 hospitais incluídos na meta-análise sobre suporte social no parto da Cochrane Library, constatamos que 7 não permitiam a presença de qualquer acompanhante no parto. Dentre estes últimos, 6 se situam em 'países em desenvolvimento' e um se situa em Texas, no sul dos Estados Unidos, voltado para uma população de baixa renda. Todos os 7 hospitais, em que a presença de acompanhante era permitido, restringiam o número de acompanhantes - em todos eles era permitido apenas a presença de um indivíduo como pessoa de suporte ou apoio à parturiente. Dentre estes, 5 estabeleciam que o pai do bebê era a única pessoa à qual era permitido o acesso à sala de parto. Em um hospital era permitida a presença apenas do pai *ou* de algum parente. Somente um hospital concedia à parturiente o direito à livre escolha de seu acompanhante, que podia ser o 'pai' do bebê, um parente ou um(a) amigo(a).

No Brasil, a grande maioria das maternidades públicas não permitem a presença de acompanhante, durante o parto, à exceção das mães adolescentes, que contam com amparo legal para isso no Estatuto da

Criança e do Adolescente. Segundo essa lei, de âmbito federal, em vigor desde julho de 1990<sup>112</sup>:

"Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições de permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente."

Percebe-se que, embora tenha o intuito de proteger o adolescente, garantindo-lhe apoio em todas as situações de internação, o Estatuto determina, em nome do adolescente, quais as pessoas ou categorias sociais que podem desempenhar este papel. Em outras palavras, há implícito na legislação em questão, um julgamento de valor acerca de quais são as categorias sociais apropriadas para prestar suporte social ou apoio emocional a um adolescente.

Cabe indagar se, ao nomear e instituir os pais ou 'responsáveis', como únicos acompanhantes apropriados para os adolescentes, em situações de internação, não se estaria reiterando uma concepção idealizada, ou mesmo, ideológica da família nuclear, como base e sustentáculo do apoio social e emocional ?

Em se tratando especificamente de mães adolescentes, dados da pesquisa, sobre os quais vamos discutir nesta seção, indicam que, nem sempre, elas podem contar com a presença dos seus pais ou os responsáveis, perante a legislação, no momento do parto. Aliás, em algumas situações, elas expressam, claramente, preferirem outros acompanhantes.

No Estado de São Paulo, existe legislação específica acerca do acompanhante no parto. A "Lei dos Direitos dos Usuários", Lei Estadual de São Paulo No. 10.241, de 17 de março de 1999, estabelece em seu artigo No. 2 , inciso XVI, o direito do usuário do Sistema Único de Saúde de:

"(...) ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto"

---

<sup>112</sup> Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei No. 8.069, de 13 de Julho de 1990, Título II, Capítulo I, Artigo 12.

Trata-se, novamente, de uma lei restritiva à medida que, conforme mostram os dados de nosso trabalho, nem sempre é possível ao pai do bebê estar presente no momento do parto. Tampouco, pode-se dizer que o pai, ainda que esteja disponível, seja sempre a pessoa de preferência da parturiente para lhe prestar apoio nesse momento. A presença do pai no parto é, como mencionamos, elemento do ideário do "casal grávido" (SALÉM:1989) e da "família moderna" (FONSECA:1997), cujo referente sociológico coincide, segundo Salém, com a moral das camadas médias urbanas, ditas modernas. Cabe aqui, novamente, uma reflexão acerca do caráter autoritário e ideológico dessa lei.

Nota-se que ela determina quem é a pessoa que deve exercitar o papel de acompanhante da mulher nos exames de pré-natal e no momento do parto. Não estamos aqui questionando o mérito do direito que se deve conceder ao pai do bebê em relação ao acompanhamento desse evento. Estamos sugerindo que não se pode pressupor, como faz a legislação, que esse evento seja concebido, universalmente, como um momento de reprodução e fortalecimento da família, e mais ainda, de constituição de um tipo específico de família - a família nuclear "moderna" ao qual, como afirma FONSECA (1997) estaria vinculada um determinado sistema de valores:

"intimidade, igualdade entre os esposos, a importância central do vínculo mãe/filho, e a imagem da criança enquanto ser psicologicamente em formação".  
(FONSECA:1997:24)

Procuramos indicar, nesta seção, algumas idéias e valores que orientam a clientela da ACOMA na escolha de seus acompanhantes e alguns dos constrangimentos que sofrem, em relação às preferências explicitadas.

Descrevemos, em seguida, padrões de acompanhamento no parto, existentes entre a população usuária de um serviço de atendimento ambulatorial ao parto e nascimento, pontuando alguns dos constrangimentos e dos valores que nortearam sua configuração.

Os dados quantitativos, que apresentamos, são fruto de um levantamento realizado nos Livros de Parto, entre abril de 1985 e março de 1997. Incluímos apenas 24, dos 36 meses do período de referência, para esse levantamento, uma vez que o sexto e último Livro de Parto desse Serviço, que cobria o final do período de referência, não foi localizado. Nesse período de 24 meses, 369 mulheres grávidas procuraram o ambulatório em busca de atenção ao parto e obtiveram algum nível de assistência da equipe dirigida por Angela Gehrke da Silva.<sup>113</sup> Nos registros dos Livros de Parto constam informações sobre a história reprodutiva dessas mulheres, a atual gestação e o trabalho de parto e pós-parto. Constam, também, informações sobre as pessoas de suas redes de relações e que vieram ficar ao seu lado durante esse evento. Os acompanhantes são designados, de acordo com a relação que tinha com a parturiente, segundo o informante.

Percebe-se, na Tabela 27 abaixo, que a grande maioria das mulheres, 80,2%, fizeram-se acompanhar por uma ou mais pessoas, durante o trabalho de parto e/ou parto.

Tabela 27: Proporção de partos acompanhados, entre aqueles atendidos pelo ACOMA, entre abril de 1995 e março de 1998.

ACOMPANHANTES	No.	%
Teve um ou mais acompanhantes	296	80,2
Não constam anotações sobre a presença de acompanhantes	73	19,8
Total	369	100,0

A própria possibilidade de compartilhar essa vivência e/ou ter o apoio de uma ou mais pessoas de sua escolha durante esse momento tão

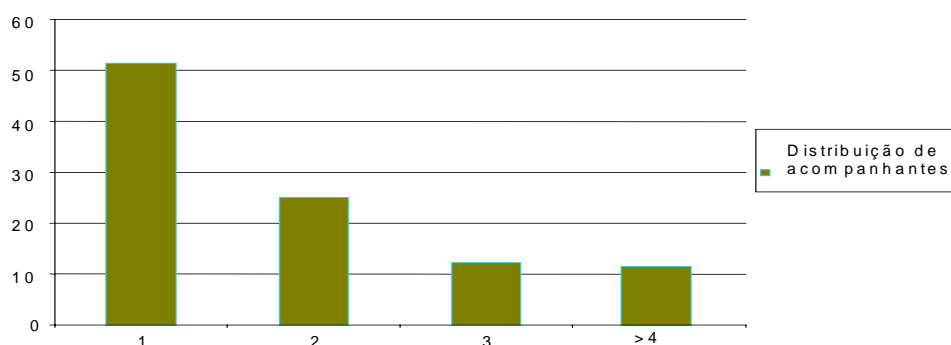
<sup>113</sup> 345 mulheres deram à luz no ambulatório, uma mulher voltou para casa e não retornou e 23 mulheres, isto é 6,2% das mulheres atendidas nesse período, foram transferidas antes do nascimento de seus filhos, por diversos motivos, para um hospital. Nota-se que, neste período, houve uma proporção maior de transferências intraparto do que no período de estudo como um todo (4,2%).

significativo em suas vidas, era uma das qualidades do serviço, mencionadas repetidas vezes nas entrevistas realizadas com sua clientela - tanto as 'usuárias' como as 'clientes particulares' - sendo um dos motivos pela procura do mesmo. Nas últimas consultas do pré-natal, oferecia-se essa possibilidade às futuras mães, sugerindo-se, inclusive, que convidassem os companheiros/maridos quando estes haviam sido mencionados nas consultas, para participarem do nascimento de seus filhos. A presença de acompanhante(s) não era uma exigência do serviço, era de livre escolha da mulher, não havendo qualquer tipo de restrição, inclusive, quanto ao número de pessoas convidadas.

A idéia de que a presença de acompanhante(s) no parto seja uma demanda de camadas populares urbanas é corroborado pelos resultados de pesquisa de DOMINGUES(2000), realizada em 1999, na Maternidade Leila Diniz, instituição pública localizada no município de Rio de Janeiro e que, segundo a autora, presta assistência a uma população constituída, em sua grande maioria, por mulheres de baixo nível sócio-econômico. Aproximadamente 59% das mulheres tiveram um(a) acompanhante durante o trabalho de parto, sendo que uma das principais razões para não ter o(a) acompanhante, o que ocorre em 33,3% dos casos de mulheres desacompanhadas, foi devido a "falhas do serviço [não permitiu o acompanhante, não informou a gestante]" (DOMINGUES: 2000:57).

Chama atenção o fato de que parte significativa dos partos acompanhados no ambulatório do ACOMA, o sejam por mais de uma pessoa, conforme Gráfico 2. Isto é, ao contrário das políticas restritivas, implementadas em muitos hospitais, até mesmo em países desenvolvidos, e do que reza a legislação de São Paulo, 38,8 % dos sujeitos desta pesquisa (representando 48,6% dos partos acompanhados) quiseram compartilhar a vivência do parto e o nascimento de seus filhos com mais de uma pessoa de sua rede de relações.

**Grafico 2: Distribuição de partos acompanhados, segundo número de acompanhantes nos partos atendidos na ACOMA entre 4/96 e 3/97**



De modo geral, as mulheres que estavam vivenciando a experiência do parto e nascimento de um(a) filho(a) pela primeira vez, e aquelas com menos filhos, é que foram acompanhadas por mais pessoas.<sup>114</sup> Inversamente, entre aquelas com mais filhos tidos, era mais freqüente encontrar mulheres que vinham dar à luz desacompanhadas. Certamente, vários fatores contribuem para essa tendência constatada. Para as mulheres que nunca tiveram filhos, o parto e nascimento do primeiro filho representa um momento de transição muito importante em suas vidas que talvez, por isso mesmo, desejam compartilhar com seus entes queridos. Como mencionamos anteriormente, PAIM (1998:35) observa que, nos grupos populares, a maternidade é vista como condição fundamental da identidade feminina, conferindo *status* superior às mães, em relação às mulheres que não têm filhos. Ao mesmo tempo, o desconhecimento em relação ao funcionamento do próprio corpo e o medo da dor, talvez, faça com que sintam maior necessidade de encorajamento, acolhimento e conforto das pessoas que a cercam. As mulheres mais velhas, por outro lado, que já passaram pela experiência de dar à luz, talvez, já contam com um saber incorporado (CSORDAS:1994) e sentem mais confiança em si e no manejo do próprio corpo, em sua capacidade reprodutiva e de lidar com a dor do parto.

<sup>114</sup> Existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis paridade e número total de acompanhantes ( $P < 0,05$ ). Para realizar o teste de Qui-quadrado entre essas variáveis, os partos acompanhados por 3 ou mais pessoas foram agrupados no valor 3 e o valor 4 da variável paridade ou número de filhos tidos agrupa todas os valores de 4 ou mais filhos tidos.



É o que sugere o relato de Sirlene. Ela tinha 16 anos, quando do nascimento de seu primeiro filho e foi dar à luz em um hospital, ao qual tinha direito pelo convênio da empresa em que trabalhava. Segundo ela, os médicos não tiveram paciência com ela, ficaram nervosos e a trataram de maneira desrespeitosa. Ficou com medo e dor e começou a chamar a mãe e o marido, que a haviam acompanhado ao hospital, porém tiveram proibida a entrada na sala de parto. Ao comparar o serviço de parto ambulatorial da ACOMA, onde ganhou seu segundo e terceiro filhos, com o hospital, comenta:

"No hospital é diferente, é você e Deus lá largadas"

Ao nascimento de seu primeiro filho, foram utilizados fórceps que, em sua opinião, foi uma intervenção desnecessária, fruto da falta de paciência dos profissionais que a atenderam. Foi, para ela, uma experiência traumática:

"(...) Então, eu acho, minha raiva de ter ganhado o nenê no Oswaldo Fórceps foi por causa disso, não tiveram paciência comigo, tá entendendo? Eles não tiveram paciência porque eu ganhei nenê em outros lugares como por exemplo no ambulatório Monte Azul e a parteira de lá me disse que eu tinha total facilidade de ganhar normal, não precisava ganhar fórceps, entendeu? E eu sofri muito com esse parto.

(...)porque... no corpo da gente depois de ganhar nenê, o corpo sofre, as dores entendeu? Até que no parto não, (...) o problema é depois. Parece que arranca um pedaço do útero da gente, parece que arranca um pedaço da vida da gente, né. E o parto mexeu um pouco com a minha cabeça também, eu fiquei meio frágil da cabeça até porque eu não sabia que dia era da semana ou do mês.

Quando do parto de seu segundo filho, Sirlene foi ao Ambulatório, junto com sua mãe e seu marido, porém apenas sua mãe ficou ao seu lado, durante o parto. Embora pudesse entrar na sala de partos, seu marido não o fez, até depois do nascimento de seu segundo filho. O mesmo ocorreu

quando nasceu seu terceiro filho no Ambulatório, um ano e três meses mais tarde. Sirlene queria que ele estivesse ao seu lado, mas, segundo ela, ele teve medo de entrar. Ele afirma, porém, que simplesmente não quis presenciar os partos de sua esposa e nascimento de seus filhos. Quando ia dar à luz seu terceiro filho, Sirlene não chamou sua mãe ou outra pessoa de sua rede de relações para ficar com ela. Porém, embora estivesse sozinha, não se sentiu desamparada, como ocorreu em seu primeiro parto:

"(..)dona Ângela estava ali me dando um tratamento especial, além de estar ali compartilhando ela tá ali, entendeu? Então, é como eu te falo é saber tá ao seu lado, saber conversar com você, porque é difícil, entendeu? (...)a dona Ângela não, sempre estava ali com você, perguntando o que você estava precisando, quer dizer, *era como se uma\_amiga tivesse ali*, você está me entendendo? (itálicos meus)

Há que se considerar que, embora minoritária, a parcela de mulheres que vieram desacompanhadas para o parto, ou sobre as quais não constam informações sobre a presença de acompanhantes, (19,8%), é significativa. Como sugere o texto acima, nem todas as mulheres sem acompanhantes se sentiram desacompanhadas e desamparadas no parto, pois o acolhimento que receberam das parteiras foi diferente daquele que haviam recebido de profissionais de saúde nos hospitais. Chama atenção o modo como Sirlene descreve a atuação da parteira Angela, assemelhando sua atenção àquela que seria prestada por uma amiga, categoria social que aparece com maior frequência entre as acompanhantes de sexo feminino, como se pode constatar na Tabela 28, ponto ao qual voltaremos adiante.

Parte das mulheres, provavelmente, veio sozinha por não ter alguém com quem quisessem ou pudessem compartilhar essa experiência, mas é possível, também, que parte dessas mulheres 'optaram' por vir sozinhas. Isto é, possivelmente, para algumas mulheres, o desejo de preservar a privacidade em relação a esse momento significava dar à luz apenas na presença da profissional de saúde responsável pela assistência. O fato de o parto desacompanhado ser mais freqüente entre mulheres mais velhas, e com três ou mais filhos, talvez corrobore essa hipótese, à medida que um

maior recato e modéstia em relação à sexualidade e à reprodução parecem estar mais próximos de padrões 'tradicionais', podendo, então, serem mais acentuados e freqüentes entre membros de gerações anteriores.

Tabela 28: Distribuição das 358 acompanhantes, de sexo feminino, nos 296 atendimentos a partos acompanhados na ACOMA entre 4/95 e 3/97, segundo as categorias sociais de acompanhantes

Com relação de	No.	%
parentesco		
Mãe	65	18,2
Sogra	12	3,4
Tias	17	4,7
Irmãs	49	13,7
Cunhadas	25	7,0
Primas	14	3,9
Filhas	5	1,4
Outras	12	3,4
Subtotal	199	55,6
Sem relação de		
parentesco		
Amigas	144	40,2
Vizinhas	13	3,6
Outras	2	0,6
Subtotal	159	44,4
Total	358	100,0

Fonte: Livros de Parto da ACOMA

Há uma diferença marcante na distribuição de acompanhantes, segundo o sexo. Como mostra a Tabela 29, é muito mais freqüente ter apenas um acompanhante de sexo masculino do que ter apenas um acompanhante, e este ser de sexo feminino. Inversamente, quando há mais de um acompanhante de um sexo é mais freqüente que este seja mulher. Ao

mesmo tempo, é interessante notar que, entre os partos com mais de um acompanhante, os quais representam 48,6% dos partos acompanhados, o padrão de acompanhamento mais freqüente (36,1% dos casos) envolve conjuntos de pessoas de ambos os sexos.

Tabela 29: Número e proporção de acompanhantes nos 296 atendimentos a partos acompanhados no ACOMA entre 4/95 e 3/97, segundo sexo

No. De acompanhant es por parto	Mas		+	Masc.		Fem.		Total
	c.	Fem.	No.	%	No.	%	No.	%
	No.	%						
1	-	-	91	59	61	40,1	152	100,0
2	53	71,6	1	1,4	20	27,0	74	100,0
3	28	77,8	-	-	8	22,2	36	100,0
> 3	26	76,5	-	-	8	23,5	34	100,0
Total	107	36,1	92	31,1	97	32,8	296	100,0

Fonte: Livros de Parto da ACOMA

Talvez, isso seja um indício de que concepções de gênero orientam as 'opções' em relação aos padrões de acompanhamento. Estamos sugerindo que, para muitos dos sujeitos dessa pesquisa, a presença de seus companheiros - única pessoa considerada um acompanhante 'apropriado', do sexo masculino, para a grande maioria - neste evento, embora seja muito valorizada, não desempenha determinados papéis de apoio, considerados de âmbito feminino. É o que sugere alguns dos depoimentos prestados em entrevista e as observações de alguns partos, durante a pesquisa de campo.

Aliás, quando há mais de um acompanhante, e como indica a tabela acima, era comum ter mais de um, via de regra, a maioria deles eram de sexo feminino. O número médio de acompanhantes de sexo feminino no total de partos em que havia um ou mais acompanhantes de sexo feminino, era de 1,75<sup>115</sup>. O número médio de acompanhantes de sexo masculino no

<sup>115</sup>  $\frac{\text{Total de acompanhantes de sexo feminino}}{\text{Total de partos acompanhados por mulheres}} = \frac{358}{204}$

total de partos em que havia, pelo menos, um acompanhante de sexo masculino, era de 1,06<sup>116</sup>. E, embora a frequência de partos acompanhados por homens e por mulheres seja quase igual (55,3% do total de 369 partos foram acompanhados por mulheres e 54,7% foram acompanhados por homens), o total de acompanhantes de sexo feminino nos 296 partos acompanhados é bem maior que o total de acompanhantes de sexo masculino. As mulheres representam 62,9% (358 do total de 569) dos acompanhantes nos 296 partos referidos, enquanto 37,1% dos acompanhantes (211 de 569) eram de sexo masculino. Esses dados parecem indicar a importância que tem, para muitas mulheres, a presença de outras mulheres de sua rede de relações nesse evento.

Outras diferenças relevantes entre os padrões de acompanhamento, por sexo, emergem quando consideramos a distribuição de pessoas, segundo as categorias sociais que se fizeram presentes no parto e nascimento. Predomina de maneira bastante acentuada a figura do marido, que esteve presente em 62,6 % dos partos em que havia um ou mais acompanhantes. Esses resultados se aproximam daqueles apresentados no relatório da Casa de Parto de Sapopemba, referente ao período entre outubro de 1998 e junho de 2000, em que em 57% dos casos, a pessoa escolhida para acompanhar a mulher, durante o trabalho de parto e parto, foi o "companheiro/esposo" (OSAVA et. al. :2000: 41). Por outro lado, há apenas duas outras categorias sociais de sexo masculino que são contabilizadas separadamente, os irmãos e os pais. Ambos, membros da família de origem da "ego", aparecem em uma proporção bem pequena dos partos. Esses dados indicam que para muitas, dos sujeitos dessa pesquisa, o parceiro sexual e pai do bebê seria a única pessoa de sexo masculino, cuja presença no parto, julgam ser apropriada.

Aspectos do parto e nascimento, percebidos como relacionados à sexualidade, modéstia e ao recato, fariam com que a presença de outros homens fosse vista como uma invasão da intimidade e privacidade da

---

<sup>116</sup>  $\frac{\text{Total de acompanhantes de sexo masculino}}{\text{Total de partos acompanhados por mulheres}} = \frac{211}{200}$

mulher. É o que indica a Tabela 30, da distribuição dos acompanhantes de sexo masculino.

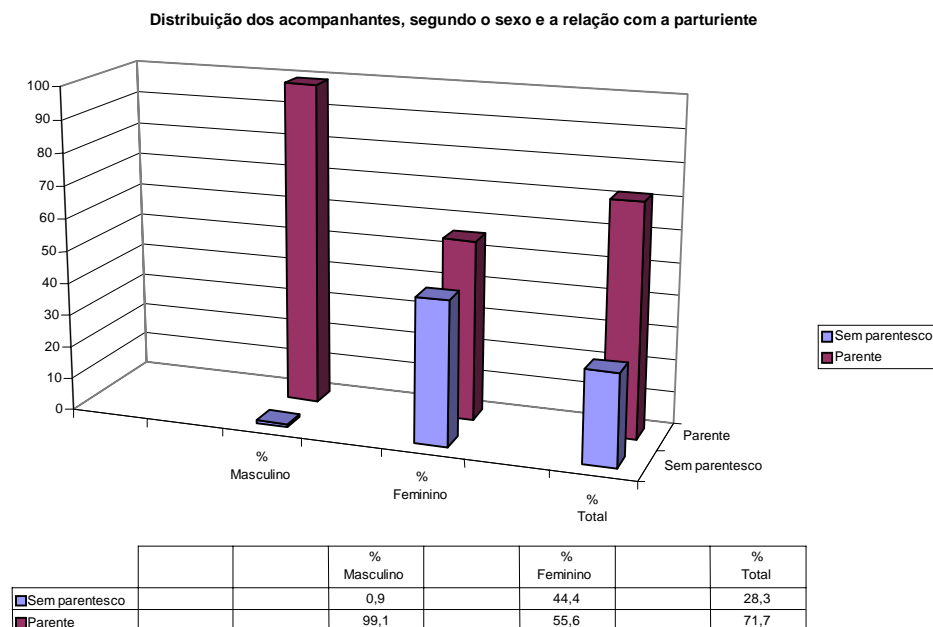
Tabela 30: Distribuição dos 211 acompanhantes, de sexo masculino, nos 296 atendimentos a partos acompanhados na ACOMA, entre 4/95 e 3/97, segundo as categorias sociais de acompanhantes

Com relação de	No.	%
parentesco		
Marido	184	87,2
Irmãos	8	3,8
Pai	9	4,3
Outros	8	3,8
Subtotal	209	99,1
Sem relação de		
parentesco		
Filhos de Amigas	2	0,9
Subtotal	2	0,9
Total	211	100,0

Fonte: Livros de Parto da ACOMA

Assim sendo, pode-se imaginar a ameaça à/ou violação de sua integridade, que o parto hospitalar representa para algumas mulheres.

Entre as categorias sociais de sexo feminino, por outro lado, encontra-se uma maior distribuição e variedade de pessoas da rede de relações da mulher, tanto parentes como não parentes, que estiveram presentes ao parto, predominando, entre essas, as amigas e as mães, que acompanharam, respectivamente, 33% e 22,1% dos 294 partos acompanhados, como se pode constatar no Gráfico 4.



Cabe ressaltar que em apenas 29,2% dos 296 partos acompanhados, o marido era a única pessoa da rede de relações da mulher a ficar com ela. Esses casos representam um pouco menos de metade (46,7%) dos partos em que o marido esteve presente. Assim, ao mesmo tempo em que prevalece o marido, enquanto categoria social mais freqüente no parto, em mais de metade dos partos presenciados por ele, ao menos, mais uma outra pessoa estava presente e, na grande maioria das vezes, todas elas eram mulheres.

A presença do marido no parto e nascimento constitui um indício das transformações em curso nas construções sociais de gênero e de família. No entanto, os dados deste estudo indicam que há diversas formas de inserção do marido e diversos sentidos que sua presença pode adquirir para ele, para a parturiente e para as demais pessoas presentes. Em trabalho sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres de baixa renda, realizado junto à população usuária do ambulatório da ACOMA, isto é, membros da população que constituem os sujeitos da presente pesquisa, FIGUEIREDO (1999) sugere que as mulheres queriam que seus maridos estivessem presentes no parto para que pudessem expressar sua insatisfação frente às

desigualdades vivenciadas nas relações de gênero e explicitar seu desejo por mudanças:

"Entre os motivos alegados para realização do parto na favela, é o desejo do marido acompanhá-las neste momento : *'para ver a dor'*. *'para ver como a gente sofre'*, *'pra ver se dá mais valor'* , *'pra ver se respeita mais'*. (Itálicos de FIGUEIREDO)

Parece que reclamam de uma situação vivencial, de um status quo que sentem e identificam como menos, como desvantajoso, como pior. Essa manifestação se coloca frente a um outro, o marido, o companheiro, o homem, a quem consideram ser responsável por esta situação de menosprezo. (...) As mulheres da Favela Monte Azul, de uma forma ou de outra, estão submetidas a uma situação de menos valia com relação às relações conjugais e de gênero no seu cotidiano. Apesar disso, se mantêm casadas, descontentes e caladas, mas expressando essa situação em ocasiões que consideram limite, onde há uma demonstração carnal, corporificada de seu sentimento e percepção dessa realidade. Querem, então, exprimir isso no parto, onde são vistas gritando, chorando, sofrendo, sangrando, procurando desta forma utilizar tal momento como uma possível 'porta' para mudanças, mesmo que estas efetivamente (...) não ocorram" (FIGUEIREDO:1999:76-7)

Cabe lembrar, por outro lado, que as falas acima, também, sugerem, como indicam outros estudos, que a dor do parto, 'naturalizada' como sofrimento inerente à maternidade e marco de transição para a obtenção do *status* de mulher adulta é, por isso mesmo, uma fonte tradicional de prestígio e auto-estima, sendo parte constitutiva da construção social de gênero prevalecente entre as camadas populares brasileiras (PAIM: 1998; COSTA: 1995), como em vários outros contextos culturais (MEAD & NILES:1967; BROWNER & SARGENT: 1996).

Porém, se a presença dos maridos pode estar reforçando uma determinada construção social de gênero, esse não é o único motivo pelo qual mulheres usuárias do serviço em pauta desejavam que seus maridos



ou companheiros estivessem presentes no parto. É o que sugerem as narrativas dos partos de Elenice e Marlene, que mencionamos em capítulo anterior e aos quais voltamos aqui.

A decisão de fazer seu parto no ambulatório foi tomada por Elenice, em conjunto com outros membros da família e contemplava, entre outras considerações, o desejo de ser acompanhada pelo seu parceiro sexual e pai de seu filho no parto e nascimento:

"Eu conversei com meu marido para ver o que ele achava e com minha sogra, né, que na época era a pessoa mais velha, assim que tinha para mim informar. (...) aí minha sogra me falou para mim que tinha uma colega dela no serviço que tinha feito parto lá. Só que ela fez acho que foi na casa dela, dessa pessoa. Aí quando ela comentou que eu tava fazendo pré-natal lá, aí a pessoa falou que tinha feito lá também e que tinha gostado. Aí ela (a sogra de Elenice) falou, 'Se você prefere ...' E eu queria que ele assistisse o parto também. (...)já tinha visto, na televisão, em filmes, em novelas, já tinha visto os pais acompanharem, filmarem, é, tirarem fotos depois que o nenê nasceu, logo depois, aí eu gostei da idéia. Mas nos hospitais, como não podia, aí eu falei: aí, bem o que eu queria, né, se pudesse. Ainda comentei com a Ângela, ela falou: não, se seu marido quiser vir, ou a mãe, ou qualquer pessoa que você quiser que venha, não tem problema nenhum, pode vim. Aí eu, e ele concordou também, ele falou que iria, que ia ver se dava pra ir. Aí, porque na hora é emocionante eles verem também como é, como o nenê nasce ... "

Percebe-se que Elenice e seu parceiro queriam compartilhar o momento de nascimento de seu filho, descrito como um evento muito emocionante de suas vidas. Ao mesmo tempo, para Elenice, a presença do companheiro e pai do bebê que estava nascendo parece, também, conferir a esse evento uma outra forma de prestígio e *status*, à medida que se aproxima de um modelo de parto associado a outros padrões de vida e de consumo. Talvez seu discurso sugira indícios da disseminação de parte do ideário do "casal grávido" (SALÉM:1989). Porém, neste caso, não há uma valorização do ideário como um todo, não sendo incorporado, por exemplo,

a concepção desse evento como um momento de intimidade dos cônjuges, marco de sua diferenciação em relação à família de origem, pois membros de sexo feminino da família de origem não são, necessariamente, excluídos da cena de parto entre membros das camadas populares urbanas.

Marlene foi ao ambulatório da ACOMA para fazer o pré-natal e parto de sua segunda filha, por sugestão de sua mãe, como mencionamos anteriormente, que se entusiasmara com o relato do parto de uma de suas colegas. Teve, também, o apoio de seu marido e da família dele em sua decisão de fazer o parto fora do hospital. Ela guardava más recordações e temores em relação ao seu primeiro parto e o nascimento de sua primeira filha. A falta de atenção dos profissionais de saúde e de acolhimento no hospital deixaram-na com uma esmagadora sensação de abandono. A falta de reconhecimento<sup>117</sup> em relação a ela e à sua filha, transparece no seguinte relato:

"Praticamente não dei de mamar porque naquela hora eu nem sabia como fazia nem nada! Eu coloquei, mas nem sabia. Praticamente eu fui dar mamar pra ela direito mesmo em casa. (...) Só chegou ( a enfermeira) com o nenem embrulhadinho e falou, "Tira a roupa dela e." desse jeito, "Tira a roupa dela pra acordar" e foi isso. E eu me virei. (...) Aí tirei a roupinha dela e ela ficou chorando... ainda fiquei nervosa porque ela tava chorando,.. (...) É, mas aí eu peguei e fiquei com ela até que eles vieram pegar ela de novo. E levaram ela chorando porque até aí eu acho que eu não soube nem dar mama pra ela, ela continuou chorando e foi embora chorando! Até a enfermeira perguntou o que que eu tinha feito. Falei, tirei a roupa dela, tu mandou...E levaram ela embora, não falou nada comigo. Aí só veio noutro dia pra ir embora. Aí veio arrumadinha com a roupinha que meu marido levou. E com o nome errado na etiquetinha. O sobrenome Fagundes era Fernandes. Até hoje eu não me esqueço disso! O sobrenome Fagundes, na etiquetinha da nenê era Fernandes! O papelzinho que vinha para registrar ela, tava Fernandes! Eu que fui e troquei. Falei, "Não, não é Fernandes, é Fagundes, ora!" Até aí, se fosse o caso de acontecer de trocar! Já pensou que perigo!

<sup>117</sup> A respeito do uso do conceito de reconhecimento pela antropologia ver DAALSGARD, A.L. (2000); Boletim ABA(1999); e SANTOS (2000)

Mas pareceu até que eu tinha certeza que era minha filha então eu não me importei."

Um dos aspectos que a encorajou a ter um segundo filho, o qual foi planejado, foi a possibilidade de ter o apoio e acolhimento de que sentia necessidade:

"No hospital eu não tive, eu não gostei, não! A gravidez minha mesmo parece que tive uma segurança quando eu vim aqui com a Angela. Parece que eu tive uma segurança, porque eu só ouvia o povo falar bem da Angela. Eu não conhecia ela, mas eu só ouvia o povo falar bem dela. Então aí quando eu vim aqui, quando eu conheci ela pela primeira vez, nossa! Eu já podia vim pra cá e ficar grávida que eu não me importava que é com ela que eu ia ganhar e não tinha jeito, sabe! (....) Porque eu falei mesmo pra Angela, eu falei, Ah não! se for pra mim ir pro hospital, eu não vou. Eu não vou mesmo! Porque eu não quero ficar lá sozinha, sofrendo lá sózinha não, é muito ruim!"

Marlene foi ao Ambulatorio para dar à luz, acompanhada de sua mãe e de sua filha. Era seu desejo ter sua mãe e sua filha ao seu lado, mas também queria muito que seu marido estivesse presente. Porém, como era dia de semana, e ele não era registrado, ele teve que ir trabalhar. Nutria então a esperança de que ele chegasse a tempo de presenciar o nascimento de sua segunda filha:

"Porque eu falei pra Angela que eu não ganhava se ele não estivesse. (...)Aí a Angela falou, "Olha, se você ajudar, fazer uma força nasce!" Eu falei, "Mas eu não quero que nasce enquanto meu marido não chegar, eu quero ele perto de mim!" Aí a Angela ficou comigo, acho que quase uma hora ela ficou comigo lá, né, olhando pressão, né, olhando o coração do nenê. (...)Aí quando foi a hora de nascer mesmo, que não teve jeito, que deu a dor e nasce, e vinha nascendo mesmo aí meu marido chegou na sala. Bem na hora assim, ele chegou na sala. Foi muito legal, muito engraçado, eu gostei muito. Foi uma experiência muito boa porque a Angela, sabe, naquele tempo que ela tava alí comigo,

sabe ela tava me alisando, assim, os braços assim, conversando comigo. Ela conversou bastante antes de eu ganhar ainda. Mesmo com aquela dor, quando vinha a dor eu parava de falar, quando passava eu conversava com ela. E, sabe ela me deu uma confiança muito, muito, assim grande, sabe, de não ter medo de nada. Porque geralmente quando a gente vai ganhar nenê a gente tem um medo, né! E eu.... A minha irmã mesmo, quando ela teve o segundo dele, ela quase morreu! Porque ela teve nenê e depois ela teve uma hemorragia, sabe e se não fosse o medo vir rápido, perigoso até ter.. ter morrido se não tivesse o pessoal chamado logo os enfermeiros. Então a gente já vai com aquela preocupação que hospital que a gente vai lá e vai acontecer alguma coisa. E já com a Angela não!

(...) Ela (a Angela) já sabia o nome dela, porque já sabia que era menina, né. (...) ficava falando assim, "Vamos Drielly, vamos! Tá todo mundo aqui querendo te ver!" Precisa de ver! Foi muito bom! "Olha todo mundo aqui ao redor querendo te ver, vem!" (risos) Aí quando ela nasceu todo mundo, sabe, chorou, riu, foi muito bom! "

Nos casos, acima relatados, a presença do marido era desejada pelas mulheres, embora nem sempre eles queriam ou podiam acompanhá-las. Entretanto, nem sempre isso implicava que elas tivessem a expectativa que seus parceiros sexuais e reprodutivos suprissem suas necessidades de suporte emocional e físico, contando por vezes, com a presença de outras mulheres e/ou com a parteira para lhes 'acarinhar' e 'alisar'. Aparentemente, para muitos dos sujeitos dessa pesquisa, essa é vista como uma função 'feminina', pelo menos no tocante ao parto e nascimento. Talvez esse seja um dos fatores que ajuda a elucidar a presença maciça de mulheres nos partos. É o que nos sugeriu a observação do parto de Maria.

Mineira de origem, Maria nasceu em casa, a 4ª filha de 7 irmãos e a última a nascer em casa e na roça. Quem atendeu sua mãe no parto, quando de seu nascimento, foi sua avó, porém nunca conversou sobre o assunto com a sua mãe ou a sua avó. Maria morava, na época do parto, em

um cortiço situado na mesma rua que a Casa de Partos. Era a sua 1ª gravidez e chegou chorando, em companhia de João, seu companheiro. Este a deixou lá e logo foi pro bar, ao lado, jogar baralho. Ela explicou que não queria que ele assistisse porque ele ficaria nervoso e só iria deixá-la mais nervosa. Chegou durante a tarde. Somente à noite, várias horas depois, sua amiga e vizinha, Ernestina chegou do trabalho e veio ficar com ela. Ernestina é solteira e mora com os pais, no andar inferior da casa em que moram Maria e João, no cortiço. Ela tem 18 anos e há pouco completou o colegial. A partir do momento em que chegou, ficou ao lado de Maria, confortando-a, mexendo em sua barriga, massageando sua amiga. Apoiou seu corpo, na hora do parto, e ajudou a dar o primeiro banho em Leandro, filho de Maria. Só depois se despediu da amiga e foi chamar o João, que permanecera no bar ao lado.

Por outro lado, cabe lembrar que, embora a presença dos maridos fosse encorajada pela parteira que dirigia o serviço, estes estiveram presentes em apenas metade (49,9%) do total de 369 partos realizados no período em questão. Alias, é interessante notar que se considerarmos apenas os nascimentos em que havia um parceiro da mulher que se dispunha, a princípio, a registrar o bebê em seu nome, constatamos que apenas 59,5% deles participaram desse evento.<sup>118</sup>

Cremos ser interessante considerar mais dois fatores que contribuem para explicar a ausência dos parceiros sexuais e reprodutivos no parto e nascimento de seus filhos - uma é a frequência de mulheres que estavam assumindo as responsabilidades pelos seus bebês, sem o apoio dos parceiros, entre a população estudada e, outra, é a preferência de algumas mulheres por acompanhantes de sexo feminino.

---

<sup>118</sup> Ao todo, 341 nascimentos registrados no livro de partos nesse período, também foram documentados com a Declarações de Nascidos Vivos, documento preenchido pelos profissionais vinculados ao serviço em três vias, uma das quais é utilizada pela mãe para fins de registro de seu filho em cartório. Avia deste documento pertencente ao serviço me foi gentilmente cedido pela parteira Angela Gehrke da Silva para fins dessa pesquisa. Em 274, isto é, 80,6% dessas Declarações, o campo "pai responsável" estava preenchido e em 19,4% dos casos esse campo estava em branco. Ao considerar apenas os nascimento em as Declarações em que o campo "pai responsável" estava preenchido, constata-se que em 59,5% dos casos o marido esteve presente no parto, segundo o registro no Livro de Partos.

Em relação ao primeiro fenômeno, um indício da frequência com que as mulheres atendidas pelo serviço estavam assumindo as responsabilidades pelos seus bebês, sem o apoio dos parceiros sexuais co-responsáveis pela concepção dos mesmos, é fornecido pelo modo de preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos.

Pudemos constatar, por intermédio desse documento, que em 19,4% das 341 Declarações preenchidas pelo Serviço, nesse período, o campo "pai responsável" estava em branco.

É interessante notar que esses dados vão de encontro com uma tendência demográfica mais ampla, relacionada com a organização da família e da unidade doméstica que, também, diz respeito à divisão ou não das responsabilidades pelos filhos, por parte dos parceiros sexuais e reprodutivos de sexo masculino.

Segundo o IBGE<sup>119</sup>, desde a década de 80 vem crescendo, de maneira regular, a proporção de domicílios com chefes mulheres. Em 1981 e 1985, estas proporções eram, respectivamente, de 16,9% e 18,2%; em 1990 e 1995, eram de 20,3% e 22,9%.

No período entre 1994 e 1998, segundo dados do SEADE<sup>120</sup>, na Região Metropolitana de São Paulo, as unidades domésticas chefiadas por mulheres aumentaram, passando de 21,3% em 1994 para 22,9% em 1998. Cabe salientar que 59,3% destas últimas estão associadas aos arranjos monoparentais, isto é, definidas pela ausência do cônjuge e compostas pelo chefe com filhos e/ou parentes. Evidentemente que nem todas as mulheres sem companheiros iriam chefiar unidades domésticas. Muitas, aliás, eram adolescentes e jovens que, muito provavelmente, iriam permanecer, inicialmente, na casa de seu(s) pais ou parentes mais velhos. Porém, trata-se de fenômenos relacionados, referentes a mudanças recentes nas construções sociais acerca das relações de gênero, sexualidade e

---

<sup>119</sup> Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio: síntese de indicadores 1981-1989. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.p.53 (tabela 4.3); Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 1990. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.p.63 (tabela 4.2); Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 1995. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.p.54 (tabela 5.1.2).

<sup>120</sup> Veja-se o item "Caracterização das Famílias", na Pesquisa de Condições de Vida realizada pelo SEADE, em 1994 e 1998.

reprodução, e no modo como estas repercutem nas formas de organização familiar e das unidades domésticas.

Quanto à preferência por acompanhantes femininos, como vimos, as amigas prevalecem sobre as demais categorias sociais femininas. Ademais, entre os partos em que havia apenas um acompanhante, e esse era do sexo feminino, a proporção de amigas é bem maior do que a proporção de mães, outra categoria social feminina que aparece com frequência (respectivamente 16,6% e 6%). Isto é, era mais freqüente, entre os partos acompanhados apenas por uma outra mulher, que essa fosse uma amiga.

Essas características dos padrões de acompanhamento feminino observados, os diferenciam, em muito, daqueles que caracterizam os partos acompanhados por parteiras tradicionais no meio rural e urbano, segundo informações colhidas junto aos sujeitos dessa pesquisa. Várias das entrevistadas nasceram em casa com a assistência de parteiras tradicionais. Outras nasceram em hospitais, mas suas mães e/ou sogras nasceram em casa e duas entrevistadas deram à luz pelo menos um de seus filhos, no interior do Nordeste com a assistência de parteiras tradicionais. À medida que esse outro modelo de assistência ao parto não está muito afastado das histórias de vida dessas mulheres, foi possível averiguar continuidades e mudanças entre este e o modelo 'moderno' de parto ambulatorial organizado pela parteira Angela Gehrke da Silva, cuja formação profissional se deu na Alemanha.

Segundo nossas informantes, nos partos acompanhados por parteiras, as crianças e jovens eram afastadas da casa durante o nascimento, permanecendo no terreiro ou, se fosse possível, eram levadas para a casa de um parente que morava nas proximidades.

Os maridos ou companheiros costumavam ficar dentro da casa, mas em outro cômodo e, no quarto com a mulher que estava dando à luz, além da parteira, quando havia outra acompanhante, essa costumava ser uma mulher mais velha, mais freqüentemente, uma parente próxima, como a mãe ou tia.

Percebe-se que há uma série de regras e interdições muito mais rígidas em relação ao acompanhamento, marcado até espacialmente por diferentes graus de distanciamento do local do parto e nascimento.

Certamente elas eram, por vezes quebradas, mas são reveladoras de construções sociais acerca das relações de gênero e, mais especificamente, concepções e práticas em relação ao recato e privacidade que cercam a reprodução, e que estão passando por um processo muito rápido de transformação.

Dada a pequena distância que separa esse dois modelos de assistência, da perspectiva das histórias de vida dos sujeitos desta pesquisa, não é surpreendente que se observem algumas continuidades com relação aos valores que cercam esse evento. Assim, nota-se que a presença de filhos e filhas, bem como de outras crianças é muito pequena, o que sugere que, talvez, ainda se considere que não seja apropriado elas presenciarem esse evento. Ao mesmo tempo, a presença marcante de mulheres entre os acompanhantes, talvez, denote uma continuidade no sentido que essas ainda são consideradas, pela maioria das usuárias do serviço ambulatorial da ACOMA, acompanhantes apropriadas para esse evento.

Por outro lado, a maioria das acompanhantes de sexo feminino nesse Serviço eram amigas da mulher que estava dando à luz e, nem sempre, elas mesmas eram mães, o que parece diferenciar os padrões de acompanhamento no parto, observados neste estudo, daqueles que caracterizam o parto com parteiras no meio rural. Esse fato parece explicitar uma mudança significativa em relação às concepções de sexualidade e à reprodução. As mulheres deste estudo e que foram acompanhadas por outras pessoas em partos anteriores, realizados por parteiras tradicionais, o foram por mulheres sabidamente "experientes", sexual e reprodutivamente, enquanto, segundo nos informaram, esse evento era interditado para as mulheres mais jovens e sem filhos, que se pressupunham ou, ao menos, rotulavam, como "inexperientes". Aparentemente, esse tipo de diferenciação não faz sentido no contexto desse Serviço. É possível, inclusive, que um dos motivos pelos quais mulheres da mesma geração que daquela que estava



dando à luz acompanhavam os partos de suas amigas, vizinhas e parentes, seja que, além de querer compartilhar a emoção desse evento com as primeiras, algumas delas quisessem ter a oportunidade de presenciar a 'novidade' desse modelo de atenção para ver se, também, gostariam de virem a ter seus bebês fora do hospital. Além disso, por ser uma proposta diferente, talvez contasse menos com a aprovação das mães e sogras, membros da geração anterior que, como vimos, estão presentes em alguns partos, mas com menos frequência que as amigas, e, em relativamente poucos partos, eram as únicas acompanhantes. Em todo caso, fazer o parto no ambulatório do ACOMA representava, para a grande maioria das mulheres, um marco de diferenciação em relação às suas mães e às gerações anteriores.

Uma das discontinuidades interessantes, com relação ao modelo de parto com parteiras tradicionais, é a presença de amigas no momento do parto. Esse dado parece explicitar, nesse evento, uma das mudanças nos padrões de sociabilidade, mais gerais, que caracterizam a migração do meio rural para o meio urbano-industrial.

No meio urbano, como se sabe, as redes de relações sociais vão se diversificando e novas formas de sociabilidade, que não aquelas associadas às relações de parentesco, vizinhança e compadrio, vão ganhando importância. Para ilustrar as continuidades e discontinuidades que podem estar presentes na opção de se fazer acompanhar no momento do parto por outra mulher, relatamos, a seguir, um dos casos recolhidos na pesquisa de campo.

Quando soube que Raimunda estava grávida, Elenice, sua amiga, levou-a ao ambulatório da ACOMA para fazer o pré-natal.

Elenice tinha tido o seu primeiro filho lá e, como a experiência fora muito boa, costumava recomendar o Serviço para as amigas e parentes. Quando Elenice engravidou novamente, pouco tempo depois, passaram a freqüentar os pré-natais, juntas. O ambulatório ficava em um bairro um pouco distante de onde moravam e era preciso sair bem cedo de casa para pegar a ficha para serem atendidas. Em uma de suas consultas de pré-natal,

Raimunda foi visitar a Casa de Parto e lhe mostraram fotos de partos. Ficou apavorada:

"Eu acho que por causa das posições das mulheres e a criança saindo, e (...) eu fiquei horrorizada!"

Desde o início, Elenice se ofereceu para acompanhar o parto de Raimunda. Raimunda também considerou a possibilidade de ser acompanhada pelo marido. Este, entretanto, não achou que seria apropriado acompanhá-la, na presença de sua amiga. Tinha receio que o marido de Elenice não aprovasse sua presença junto à Elenice. Raimunda preferiu a companhia da amiga, afirmando sentir vergonha de parir na frente do marido.

Percebe-se a distância entre os constrangimentos, as demandas e as preferências observadas entre a população estudada e o padrão de acompanhamento permitido pela legislação em vigor. No caso de Elenice, por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) não lhe garantiria o direito à presença de seu companheiro a seu lado. Como não eram casados e viviam juntos, havia pouco tempo, à época do nascimento do primeiro filho, ele não seria considerado seu 'responsável', do ponto de vista legal. Por outro lado, os pais de Elenice, os quais viviam no interior de Pernambuco, também não poderiam estar presentes. Assim, se dependesse do que reza o ECA, a rigor, ficaria desamparada no parto, sem o apoio e acolhimento contínuo que a lei pretende garantir às mães adolescentes.

As idéias e práticas, acima retratadas, também estão muito distantes do modelo ideal de acompanhamento, preconizado pela obstetra citada abaixo, voz ativa no movimento pela, assim chamada, humanização do parto e no grupo de discussões [partonatural@egroups](mailto:partonatural@egroups) em que fez a seguinte afirmação:

"Recolhimento, silêncio, penumbra e liberdade de movimentos (ou de quietude....) para a parturiente. Penso que não se deve levar muita gente junto para o hospital ou clínica ou casa de parto. Muitas mães, irmãs, amigas íntimas (da parturiente ou de seu

marido) gostariam de estar perto nessa hora. Os pretextos vão da companhia à oração, da preocupação à necessidade de tirar fotos... mas é uma hora de recolhimento.

Parturiente e companheiro juntos, obstetra e e pediatra próximos, enfermeira disponível mas ali fora tá bom. E os avós devem ser avisados quando, pelos exames, a/o obstetra anunciar que falta pouquinho para o bebê chegar. Assim engrossam a torcida, rezam pelo sucesso e participam do evento sem contribuírem, com sua natural ansiedade, para a tensão dos pais."

Vemos, acima, uma explicitação do ideário de "casal gravido" (SALÉM: 1989) o que nos leva a perceber que, mesmo no interior do 'campo' da 'humanização do parto e nascimento', a postura de Angela Gerhke da Silva, de reconhecimento do "outro" e de respeito para com a multiplicidade de valores diferenciados, que informam as concepções e práticas em relação ao parto, ainda não é compartilhada por todos.

## **10. Considerações Finais**

Finalizando, podemos afirmar que há uma grande preocupação entre a clientela do serviço de atendimento à maternidade da ACOMA, como um todo, em relação às características dos serviços de atenção ao parto, que lhe são disponíveis.

As grávidas discutem bastante com outras mulheres, entre si e com outras pessoas que lhe dão apoio, as características dos serviços que conhecem. Buscam hierarquizar os mesmos, segundo qualidades e defeitos, na tentativa de formular prioridades em termos do percurso que pretendem percorrer em busca de assistência. Essa discussão e esse percurso "planejado", embora tenha um maior investimento da própria mulher, é, muitas vezes, fruto de uma negociação que envolve outros membros de sua rede de relações.

Evidentemente, nem sempre este "plano" é respeitado, sofrendo, por vezes, uma série de constrangimentos.

Apontamos alguns aspectos da contraposição que emerge nos discursos das mulheres que freqüentaram o pré-natal no ambulatório da ACOMA e/ou fizeram o parto com a assistência das obstetrias que trabalhavam nesse serviço, em termos de sua avaliação deste e de outros serviços aos quais tiveram acesso. Sua postura frente a outros serviços, particularmente em relação aos postos de saúde e hospitais conveniados ao SUS, mas ocasionalmente em referência também aos serviços vinculados a convênios de saúde privados, é marcada pela confiança e pela percepção da relação médico-paciente como uma relação de dependência. Vimos que não se sentem devidamente informadas em relação ao desenvolvimento da gestação e aos procedimentos e intervenções, realizadas durante o processo de nascimento e parto. Acreditam que a expectativa institucional seria a de elas se submeterem à autoridade profissional e às normas institucionais. Entretanto, isso nem sempre ocorria, pois por vezes, e dentro dos limites das possibilidades existentes, recorriam a outras alternativas de

assistência, demonstrando uma postura ativa frente aos cuidados com sua gestação, parto e o nascimento de sua prole.

Observamos que o 'encontro clínico' em outros serviços percorridos é, freqüentemente, retratado como um 'desencontro', à medida que se sentem desrespeitadas, e por vezes, submetidas a maus tratos.

Outros trabalhos também indicam, como vimos, que o desrespeito e os maus tratos para com as mulheres atendidas são características comuns na assistência ao parto, que emergem com maior freqüência, porém não exclusivamente, no discurso de usuárias das camadas populares em diferentes regiões do Brasil (CITELLI et. al. :1998; McCALLUM: 1998; DALSGARD: 2000; LAMY et. al. :2000) e tem sido denominada, por alguns dos autores, acima citados, de violência institucional.

As falas das mulheres entrevistadas apontam para a falta de reconhecimento dos profissionais de saúde em relação a elas, enquanto sujeitos, com valores, demandas e necessidades próprias relacionadas ao processo reprodutivo e à atenção requerida.

Essa manifestação da falta de reconhecimento do 'outro' como sujeito (SANTOS: 2000; DALSGARD: 2000), que caracteriza o 'encontro clínico', é sinalizador, por sua vez, do caráter autoritário de nossa sociedade que permeia esse encontro.

Longe estamos da concepção multicultural de direitos humanos, proposta por SANTOS (2000:37), no campo dos assim chamados direitos reprodutivos, conforme citação abaixo:

"(...) uma vez que todas as culturas tendem a distribuir pessoas e grupos de acordo com dois princípios concorrentes de igualdade e diferença, as pessoas e grupos sociais têm direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza"

Nosso estudo demonstra que, ao longo de 15 anos, foi possível a existência de um serviço 'alternativo' ao modelo de assistência vigente, que atendia a uma gama diversificada de clientela e demandas.

Embora não inscrito formalmente no sistema institucional, o ambulatório da ACOMA nele se inseria e sua existência, inclusive, pautava-se pela relação estabelecida com outros serviços.

A despeito do fato de que a atenção prestada às gestantes e parturientes fosse, 'ilegal', desde sua implementação e ao longo de sua vigência, tratava-se de um serviço que gozava de legitimidade junto à população e profissionais de saúde.

Paradoxalmente, seu caráter excepcional, isto é, o fato de se tratar de um serviço que não estava contemplado pelas leis e regulamentos existentes, fato este que lhe imprimia sua originalidade e sua fragilidade, parece ter sido, ao mesmo tempo, um dos fatores que lhe garantira a existência. Foi possível então se tornar referência e fonte de inspiração para o projeto de Casa de Parto do Qualis e do Ministério de Saúde. Quando, entretanto, a obstetriz que ousou implementá-lo se tornou porta-voz e 'modelo' de uma proposta de formação profissional em obstetrícia diferente daquelas existentes no país, o seu exercício profissional passou a se tornar inconveniente e a representar uma ameaça aos interesses corporativos da enfermagem obstétrica.

Em contraste com a dependência e insatisfação, que caracterizava a relação estabelecida pela clientela com outros profissionais em outros serviços, o vínculo estabelecido com as obstetrizes da ACOMA é descrito, pelas mulheres, como bastante satisfatório, tendo por base um acompanhamento considerado competente e atencioso em relação ao desenvolvimento da gestação e afetuoso em relação às mulheres atendidas, seus acompanhantes e a criança que estava por nascer.

A ênfase do discurso recai, em alguns momentos, sobre o tratamento individualizado dispensado pela profissional. Vale destacar que uma de suas clientes particulares caracterizou o atendimento prestado como "humano",

em contraste com o que denominou como "desumano", em sua vivência com serviços públicos.

As falas das mulheres evidenciam, de modo recorrente, a confiança e o reconhecimento mútuo como estruturador do 'encontro clínico'. Essa, ao que parece, é a base fundamental de sua autoridade perante a clientela.

Outra evidência da legitimidade do Serviço e da autoridade profissional das obstetrizes é o aumento da clientela atendida, assim como a abrangência sócio-espacial que esses alcançaram. E o levantamento sócio-epidemiológico que realizamos, é indício da qualidade da atenção prestada.

Ao investigar os significados simbólicos associados ao parto e nascimento, identificamos quais os riscos e perigos priorizados, fator importante na definição das opções de atendimento entre os sujeitos entrevistados. Apontamos no discurso das mulheres e de alguns de seus acompanhantes, indícios de distintas percepções e prioridades de riscos. Entre as 'usuárias', os maiores temores que expressavam em relação ao atendimento em outros serviços eram o de encontrarem dificuldade em acessar um leito hospitalar no momento do parto e de se sentirem desamparadas pelos profissionais de saúde. As 'clientes particulares', por outro lado, tinham medo principalmente de serem submetidas a uma cesárea desnecessária.

Ao contrário do discurso de alguns profissionais de saúde e de órgãos da imprensa, que enfocam as Casas de Parto como uma 'volta ao passado' ou uma assistência 'a moda antiga', o reconhecimento desse Serviço deve-se, também, ao fato de se tratar de um serviço 'moderno'. Era 'moderno', à medida que as duas profissionais que realizavam, na grande maioria dos casos, a atenção ao pré-natal, parto, e pós-parto, eram obstetrizes. Isto é, eram profissionais de saúde, formadas dentro de uma tradição biomédica. Cabe lembrar, aliás, que o serviço da ACOMA seguia uma das recomendações fundamentais da OMS (1985 e 1996) em relação aos meios propostos para assegurar uma melhora na qualidade da saúde materna, qual seja, a promoção do atendimento à gestação e ao parto normais, por obstetrizes ou parteiras diplomadas.

Ao prestar assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, lançavam mão de recursos e tecnologias da biomedicina contemporânea para avaliar o desenvolvimento gestacional; o processo de parto; e as condições de nascimento do bebê.

Utilizavam-se também de recursos e tecnologias 'modernas' para intervirem no processo fisiológico de nascimento e parto, e, por vezes, ao assim fazerem, extrapolavam os limites da profissão de obstetriz, praticando atos médicos e/ou se afastando de um "modelo holístico" e se aproximando a um "modelo tecnocrático" de parto.

Quando julgavam necessário, segundo critérios clínicos empregados pela moderna obstetrícia, transferiam suas clientes para instituições hospitalares onde, em princípio, poderiam usufruir dos benefícios de recursos e tecnologias obstétricas mais sofisticadas de que dispõem essas instituições para lidar com patologias e intercorrências que ocorrem, ocasionalmente, no trabalho de parto e parto. Procuravam atender, assim, a um princípio básico do SUS, que é a da referência e contra-referência, em um sistema complexo de assistência.

Se, por um lado, evidenciamos que há, entre nossa população, uma demanda pelo parto 'fora do hospital', fica claro que não se trata de uma demanda por assistência nos moldes 'tradicionais'.

Ao mesmo tempo, várias das demandas explicitadas não se vinculam, necessariamente, a esse tipo de atenção ao parto. Isto porque, entre essas encontramos, por exemplo, o desejo de serem reconhecidas como sujeitos, sentirem-se acolhidas por profissionais para que possam explicitar suas dúvidas e preocupações, receberem informações claras sobre o desenvolvimento da gestação e de poderem ser acompanhadas no pré-natal e no parto e nascimento de seus filhos por pessoas de sua rede de relações que lhe dêem apoio e suporte.

Enfocando, de maneira particular, a questão do acompanhamento, notamos que prevalece, marcadamente, entre a população estudada, o desejo de ser acompanhada no parto por uma ou mais pessoas. Entretanto, não há consenso quanto às idéias e práticas, no tocante à forma de



acompanhamento. Evidenciou-se uma série de valores contrastantes e de padrões diferenciados de acompanhamento, muito embora fosse possível detectar alguns padrões predominantes.

Individualmente, a presença do marido, como acompanhante, destaca-se fortemente, enquanto categoria social. Isso é, em si, indicativo de uma grande e rápida transformação em relação aos padrões de acompanhamento prevalecentes no meio rural, onde não é considerado apropriada a presença do homem na cena do parto, de onde ele é excluído. Parece-nos que isso pode ser considerado como um indício das transformações em curso nas concepções acerca da paternidade e do papel do homem, como esposo e companheiro. Por outro lado, mesmo quando está presente, é muito comum a presença de um outro acompanhante de sexo feminino. Pudemos observar que, por vezes, homens e mulheres prestam apoio de formas diferenciadas na cena do parto. É mais comum as mulheres terem mais contato corporal com as mulheres durante o parto, dando assim um suporte físico, enquanto que os homens, por vezes, ficam mais retraídos e afastados do contato corporal com suas mulheres nesse processo.

Ao mesmo tempo, é marcante a presença feminina como acompanhante de partos, destacando-se, entre as demais categorias, aquela da "amiga". Evidencia-se como nova forma de sociabilidade, associada à vida no meio urbano, faz-se presente nessa cena, através da opção por buscar o suporte emocional de alguém dessa categoria social, nesse momento tão marcante da vida, particularmente para mulheres de camadas populares, entre as quais o primeiro parto representa uma mudança de *status* (PAIM: 1998), importante no curso vital.

Nem sempre, a mulher grávida e aquelas pessoas mais próximas a ela, compartilham dos mesmos objetivos ou desejos em relação ao modo como deve ser o acompanhamento ao parto. Este é fruto de um processo de negociação em que a decisão final cabe, em geral, majoritariamente, à gestante, embora sofra uma série de constrangimentos de diferentes ordens.

Os padrões prevalecentes contrastam com aquilo que estabelece a legislação, pois o parto e nascimento não é vivenciado, na maioria das vezes, como evento em que se reproduz e/ou amplia uma família nuclear de procriação. Esta última concepção desse evento se aproxima do ideário do "casal grávido" (SALÉM:1989) e expressa muito mais os valores dos formuladores de políticas públicas e legisladores, os quais são provenientes, de modo geral, das camadas médias, em que essa concepção de parto e nascimento se faz mais presente.

A concepção de direito a acompanhante, presente na legislação de São Paulo e no Estatuto da Criança e do Adolescente, de fato, não reconhece a diversidade de valores que orientam as escolhas de acompanhamento entre as gestantes. Essas leis, por este motivo, ao invés de garantirem direitos universais, passam a ser vistas como instrumento de exclusão social. Na realidade, elas revelam, igualmente, o caráter autoritário do próprio processo de formulação da legislação e de nossa sociedade, à medida que, ao se formularem leis, cujos propósitos seriam, a princípio, beneficiar os cidadãos e usuários do sistema de saúde e prover as mulheres grávidas, em particular, do apoio de que necessitam, não as consultou e nem às pessoas em torno delas e que lhes prestam apoio sobre seus valores e demandas com relação ao(s) acompanhante(s) no parto e nascimento de seus filhos(as).

Daí, defendermos a relevância de se considerar a avaliação da clientela em relação à assistência ao pré-natal, parto e pós-parto na formulação de políticas públicas em nosso meio, da forma como preconiza a própria OMS (1998)

## 11. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M.F. & Montero, C.V. Análise da mortalidade infantil no município de São Paulo 1970-1995. In: **Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública**;1997 Águas de Lindoia (SP) ; ABRASCO; 1997. p.306.
- Almeida, S. Jesus: **Médico dos Médicos**. São Paulo; 1996 [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Alvarenga, A.T. **O emprego do conceito de risco na área materno-infantil: considerações teóricas, metodológicas e de aplicação**, São Paulo;1994.[Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP]
- Alves, G.S.; Mochel, E.G.; Lamy, Z.C.; Tonial, S.R.; Alves, M.T.S.S.B. O olhar do profissional: o dia-a-dia do trabalho nas maternidades. In: Alves, M.T.S.S.B. & Silva, A.A.M., organizadores. **Avaliação de Qualidade de Maternidades. Assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde**. São Luís, Maranhão: Universidade Federal do Maranhão/Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil/Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF: 2000.p.
- Araújo, Galba Narração de uma experiência em atendimento de saúde em zona rural. In: Organización Panamericana de la Salud. **Salud materno infantil y atención primaria en las Américas: Hechos y tendencias**. Washington (DC); 1984. p. 257–67 (OPAS - Publicación científica, 461).
- Associação Brasileira De Antroposofia. **Curso Básico de Formação em Medicina e Terapias Antroposóficas para 1994 e 1995**. São Paulo: 1994.

- Associação Comunitária Monte Azul **Relatório de atividades da ACOMA de 1996**. São Paulo: 1997 (Relatório Técnico).
- Associação Comunitária Monte Azul. **Relatório de atividades da ACOMA de 1995**. São Paulo: 1996 (Relatório Técnico).
- Associação Comunitária Monte Azul. **Saúde do Nascimento à Terceira Idade**. São Paulo: 1997 (Projeto).
- Atkinson, S.J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Publ.** 1993; 9 (3): 283-299.
- Berquó, E. Brasil, um Caso Exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Revistas Estudos Feministas** 1993; 1(2):366-381.
- Both, E. **Família e Rede Social**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1976.
- Bourdieu, P. Esboço de uma teoria da prática. In ORTIZ, R.,organizador. **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Editora Ática, 1994.p.46-81 (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- Bourdieu, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R., organizador. **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Editora Ática; 1994, p. 46-81(Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- Brenes, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX . **Cadernos de Saúde Pública** 1991; 7 (2): 135-149.
- Browner, C.H. & Sargent, C.F. Anthropology and studies of human reproduction. In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, Praeger, Westport Connecticut, editors. **Medical Anthropology: Contemporary theory and method**. 1996, p.219-34.
- Carranza, M. **De cesáreas, mulheres e médicos**.Brasília;1994.[Dissertação de Mestrado - Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília].

- Carvalho, I. & Veana, P. & Chachau, A. Training midwives: learning from traditional practices, Oral Presentation em Session II - The Roles of Midwives. In: **VI International Conference On Maternal And Neonatal Health**; 1997 november 3-5; Campinas (SP), Brasil.
- Carvalho, I., coordenador. **Trabalhando Com Parteiras Tradicionais**, Recife: CURUMIM; 1997.
- Chalmers, I.; Enkin, M.; Kierse, J.N.C., editors. **Effective Care in Pregnancy and Childbirth**. New York: Oxford University Press; 1989.
- Chauí, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Editora Ática; 1995.
- Citeli, M.T. et al. Reveses da Anticoncepção entre Mulheres Pobre. In: Duarte & Leal, organizadores. **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 57-77
- Cohn, A. & Elias, P.E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Editora Cortez; 1996.
- Colombo, G., Pizzini, F., Regalia, A. **Mettere Al Mondo: La Produzione Sociale del Parto**. Milan(Itália):Franco Angeli Libri ; 1984.
- Conselho Federal De Medicina Cesareana: Uma epidemia invisível. **Medicina** 1997; 84:18-19.
- Costa, R.G. **Concepções Sobre Maternidade entre Mulheres que Buscam Tratamento para Esterilização**. Campinas (SP); 1995. [Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia, IFCH/UNICAMP].
- Craemer, U. **Crianças entre Luzes e Sombras**. São Paulo; 1995 [Anotações da professora Ute Craemer colhidas durante experiência pedagógica na favela Monte Azul em São Paulo].
- Cremer, U. **A Questão Social**. São Paulo: Associação Comunitária Monte Azul, 1989 (mimeo).

- Csordas, T.J. **Embodiment and experience: the existencial ground of culture and self**. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
- Czarnocka, J. & Slade, P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. **British Journal of Clinical Psychology**. 2000; 39: 35-51.
- Dalsgard, A.L. **Matters of Life and Longing: Female sterilization in Northeast Brazil, Ph.D.** Copenhagen; 2000 [Dissertation, Faculty of Social Sciences, Institute of Anthropology, University of Copenhagen].
- Davis-Floyd, R.E. **Birth as an American Rite of Passage**. Berkeley: University of California Press; 1992.
- Davis-Floyd, R.E. The technoratic body: american childbirth as a cultural expression. **Soc. Sci. Med.**1994; 38(8):1125-40.
- Davis-Floyd, R.E. Birth as an American Rite of Passage. In: MICHAELSON, Karen et. al., orgs. **Childbirth in America: Anthropological Perspectives**. Mass:Bergin & Garvey; 1988.
- Diniz, C.S.G. **Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma releitura médico-social**. São Paulo;1996 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].
- Diniz, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo; 2001 [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da USP].
- Diniz, S.G. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na Assistência ao Parto. In: Depto. de Medicina Preventiva FMUSP/ Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/CFSS. **Curso de Capacitação para o Atendimento de Mulheres em Situação de Violência**. São Paulo; 1997, p. 102-16 [apostila do Curso].
- Diniz, S.G. et. al. Not Like Our Mothers. Reproductive Choice and the Emergence of Citizenship Among Brazilian Rural Workers, Domestic Workers and Housewives. In: Petchesky and Judd, editors.

**Negotiating Reproductive Rights. Women's Perspectives Across Countries and Cultures.** New York: Zed Books; 1998, p. 31-68.

Diniz, S.G. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada. In: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. **Saúde das Mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.** São Paulo; 2000, p. 79-97.

Domingues, R.M.S.M. Suporte emocional no parto. **Saúde em Foco**; Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Ano IX, (20): 55-60; 2000. [Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva].

Douglas, M. & Wildavsky, A. **Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers.** Berkeley: University of California Press; 1982.

Douglas, M. **Purity and Danger.** London: Routledge & Kegan Paul; 1966.

Dressler, W.W.; Balieiro, M.C.; Santos, J.E. The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes". **Culture, Medicine and Psychiatry** 1997; 21: 303-35.

Durham, E. **A Caminho da Cidade.** São Paulo: Perspectiva; 1973.

Enkin, M.; Kierse, J.N.C.; Renfrew, M.; Neilson, J. Social and professional support in childbirth. In: **A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth.** Oxford: Oxford University Press; 1995, p. 191-7

Faerstein, E. O debate qualidade de vida e saúde: outros aspectos a considerar. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5 (1): 22-4.

Faúndes, A & Cecatti, J.G. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**; 7:150-73

Fernandes, M.B. **Atenção Primária à Saúde.** Juiz de Fora (MG), Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF [Entrevista com Angela Gehrke - no prelo].

- Ferreira, M.K.L. **Reinventing the present; deconstructing the future: a history of medical anthropology.** Berkeley: Department of Anthropology, University of California, 1993 [Statement of the field report]
- Ferreira, M.K.L. **The Tsurai Health Center in Trinidad: A study of United Indian Health Services.** In: Northern California. Protocol, Committee for the Protection of Human Subjects, 1994
- Figueiredo, R.M.D. **Saúde Sexual e reprodutiva de mulheres de baixa renda: Favela Monte Azul - um estudo de caso.** São Paulo; 1999 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP].
- Fonseca, C. **Anatomia de uma maternidade: pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes num quadro hospitalar.** Porto Alegre, 1997, mimeo.
- Fonseca, C. **Caminhos da adoção.** São Paulo: Cortez; 1995.
- Fried, M.N. & Fried, M.H. **Transitions. Four Rituals in eight cultures.** Pennsylvania: Penguin Books; 1983.
- Garnelo Pereira, M.L. **Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia.** São Paulo; 1993 [Dissertação de mestrado em Ciências Sociais - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Gaskin, I.A. **Spiritual Midwifery.** Summertown: The Book Publishing Company; 1990.
- Gehrke da Silva, A. **A tarde de uma parteira no ambulatório.** São Paulo; 1986 Ambulatório da ACOMA - 03/07/86 [mimeo]
- Gehrke da Silva, A. Dar à luz normalmente [Editorial]. **Notas sobre Nascimento e Parto** 1997; 2 ( 3):1.
- Giddens, R. **The Consequences of Modernity.** Stanford: Stanford University Press; 1990.



- Ginsburg, F. & Rapp, R. The Politics of Reproduction. **Annual Review of Anthropology** 1991; 20:311-43.
- Ginsburg, F. & Rapp, R. Introduction: Conceiving the new world order. In: Ginsburg & Rapp, editors. **Conceiving the New World Order. The global politics of reproduction**. Berkeley: University of California Press, 1995.
- Hareven, T.K. Family Time and Industrial Time: Family and Work in a Planned Corporation Town, 1900-1924. In: Tamara K. Hareven, org. **Family and Kin in Urban Communities, 1700-1930, New Viewpoints, A division of Franklin Watts**. New York; 1977, p. 187-207.
- Heilborn, M.L.; Aquino, E.; Knauth, D.; Victora, C.; Rohden, F.; McCallum, C. Gravidez na Adolescência: Estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade, e reprodução no Brasil".In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**; 2000 ag 28/8-01/9; Salvador (BA):ABRASCO;2000, 6 pág. [Trabalho No. 2469, apresentado na Mesa Redonda: Gravidez não planejada: problematização e perspectivas, O Sujeito na Saúde Coletiva]
- Hodnett, E.D. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). Oxford: **The Cochrane Library, Issue 1**, 2000. Oxford: Update Software.
- Hofmeyr, G.J.; Nikodem, V.C.; Wolman, W-L.; Chalmers, B.E.; Kramer, T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 1991; 98: 756-64.
- Hopkins, K. L. & Potter, J.E. Are Brazilian Women Really Begging for Cesareans? [Trabalho apresentado no XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, 1998; Caxambu (MG)].
- Hopkins, K.L. **Under the Knife: Cesarean Section and the Female Sterilization in Brazil**. Texas (USA); 1998 [Doctoral Dissertation, University of Texas at Austin]

Hotimsky, S.N.; Venancio, S.I.; Bógus, C.M.; Miranda, M.M.; Rattner, D. **O parto como eu vejo ....- ou como eu desejo? Representações de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica.** São Paulo 2000 [Mimeo].

Jeffery, R. & Jeffery, P.M. Traditional Birth Attendants in Rural North India: The social organization of childbearing. In: Lindebaum, S. & Lock, M., orgs., **Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life.** Berkeley: University of California Press; 1993, p. 7-31.

Jordan, B. **Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Birth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States.** 4th Edition Revised and Expanded by Robbie Davis-Floyd. Illinois: Waveland Press; 1993.

Jordan, B. The Hut and the Hospital: Information, Power and Symbolism in the Artifacts of Birth. **Birth** 1997; 14(1): 36-40.

Kanitz, S. et.al. **Prêmio Bem Eficiente. As 50 Entidades Vencedoras de 1997.** São Paulo; 1997. Kanitz e Associados.

Kaufert, P.A. & O'neil, J. Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth: Clinicians, Epidemiologists, and the Inuit Women. In Lindebaum, S. & Lock, M ,orgs. **Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life,** Berkeley: University of California Press; 1993, p.32-54.

Kennell, J.; Klaus M.; Mcgrath S.; Robertson, S.; Hinkley, C. Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital. A Randomized Controlled Trial. **JAMA** 1991; 265(1): 2197-2201.

Kitzinger, S. & Davis, J. **The Place of Birth.** Oxford: Oxford University Press; 1978.

Kitzinger, S. **Mães. Um estudo Antropológico da Maternidade.** Lisboa: Editorial Presença; 1978.

Kitzinger, S. **The Midwife Challenge.** London: Pandora; 1988.

- Klaus, M. H.; Kennell, J.H.; Robertson, S.S.; Sosa, R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. **British Medical Journal** 1986; 293: 585-7.
- Kleinman, A Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med.** 1978; 12:85 a 93.
- Kleinman, A. **Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry.** California:University of California Press; 1980.
- Laderman, C. **Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia.** Berkeley: University of California Press; 1983.
- Lamy, Z.C.; Reinaldo, A.M.S.; Fernandes, L.P.; Mochel, E.G. O olhar das mulheres: vivendo a gravidez e o parto. In: Alves, M.T.S.S.B. & Silva, A.A.M., organizadores **Avaliação de Qualidade de Maternidades. Assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde.** São Luís (MA):Universidade Federal do Maranhão/Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil/Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF; 2000, p. 56-63.
- Lanz, R. **Noções Básicas de Antroposofia.** São Paulo: Edit. Antroposófica; 1997.
- Laurenti, R. et. al, Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. II Mortes por causas maternas. **Rev. de Saúde Públ.** 1990; 24: 1468-71.
- Laurenti, R. Maternal Mortality in Latin American Urban Áreas: The case of São Paulo, Brazil. **Bulletin of PAHO** 1993; 27(3): 205-14.
- Laurenti, R. Perfil da Mortalidade Materna. In: MINAYO, M. C.S.,organizadora **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de '80.** São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec- Abrasco; 1995, p.304-19.
- Lazarus, E. What do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in American Pregnancy and Childbirth. In: DAVIS-FLOYD, R. & Sargent,

- C.F.,orgs **Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives**. Berkley: University of California; 1997, p.132-58.
- Leal, O. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: Leal,O. F., organizadora **Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995, p. 13 - 35.
- Levi-Strauss, C. A eficácia simbólica. In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1973, p. 215-236.
- Loyola, M.A. **Médicos e Curandeiros. Conflito Social e Saúde**.São Paulo: Difel Difusão Editorial; 1984.
- Loyola, M.A. Sexualidade e Reprodução. **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva** 1992; 2(1): 93 – 105.
- Loyola, M.A. Uma Medicina de Classe Média: Idéias Preliminares sobre a Clientela da Homeopatia. R. Janeiro **Cad. IMS** 1987; 1(1):45-72.
- Maccormack, C.P. **Ethnography of Fertility and Birth**. London: Academic Press; 1982.
- Madi, B.C.; Sandall, J.; Bennett, R.; Macleod, C Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. **Birth** 1999; 26(1):4-8.
- Martin, E. **The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction**. Boston: Beacon Press; 1992 (1ª edição de 1987).
- Martins, C.M. A **Fecundidade Paulista: Um estudo de seus diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano e escolaridade**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- Mascelani, A. **Parteiras do Abandono: Um mergulho no mundo das parteiras que atuam nas margens dos rios e igarapés da região amazônica de Caxiunã e Melgaço**. PA ;IFCS-UFRJ; 2001.( mimeo)
- Mauss, M. As Técnicas Corporais. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDUSP; 1974, v.II

- McCallum, C. **Parto como Violência em Salvador: Perspectivas Antropológicas**. 1998. (Mimeo).
- Mead, M. & Newton, N. Cultural Patterning of Perinatal Behavior. In: Richardson S. & Guttmacher, A, orgs. **Childbearing: It's Social and Psychological Aspects**. Baltimore: Williams and Wilkins; 1967, p. 143-244.
- Mello e Souza, C.C. Sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Benificence and Patients' Rights in Brazil. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics** 1994; 3:358-66.
- Mello Jorge, M.H.P. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. **Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português (MS/USP/OPAS-OMS)**. São Paulo; Nucleo de Estudos em População e Saúde - NEPS/USP; Série Divulgação (7), 1992.
- Melo Souza, M.L.M. **Parto, Parteiras e Parturientes: Mme. Durocher e sua época**. São Paulo; [Tese de Doutorado - Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP].
- Michaelson, K.L. Childbirth in America: a brief history and contemporary issues. In: Michaelson, K.L.,org. **Childbirth in America: Anthropological Perspectives**, Mass: Bergin & Garvey; 1988.
- Ministério De Saúde Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (NASS). Resolução CIPLAN 003 de 25 de março de 1981 e Portaria MPAS 3046 de 20 de julho de 1982 In: **ABC do SUS: Nomenclatura, Parâmetros e Instrumentos de Planejamento**. Brasília; 1990, p.13.
- Montero, C.V. **Mortalidade Neonatal: Um estudo de caso controle no Município de São Paulo, 1995**. São Paulo; 2000 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Montero, P. **Da Doença à Desordem. A Magia na Umbanda**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
- Nussenzweig, S. Juventude e Política em um Bairro Popular: Um estudo de Caso, Projeto de pesquisa apresentado à FAPESP, 1984

- Nussenzweig, S. **Juventude e Política em um Bairro Popular: Um estudo de Caso**. São Paulo; 1985 [Relatório No. 1 apresentado à FAPESP]
- Nussenzweig, S. **Juventude e Política em um Bairro Popular: Um estudo de Caso**. São Paulo; 1988 [Relatório No. 2 apresentado à FAPESP].
- Odent, M. **Birth Reborn**. New Jersey: Birth Works Press; 2ª edição, 1994.
- Organização Mundial De Saúde, Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto Tradução Sonia N. Hotimsky; Texto de Apoio **1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo - O Resgate da Qualidade na assistência ao Nascimento e Parto**; 1996 jun 12-14; São Paulo.(publicado originalmente em **The Lancet** 1985; 24, 436-7)
- Organização Mundial De Saúde, Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. **Crónica de la OMS** 1986; 40: 195-205.
- Osava, R.H. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstétrica. **Jornal Brasileiro de Ginecologia** 1996; 106(11/12):421-427.
- Osava, R.H. **Assistência ao Parto no Brasil: O Lugar do Não-Médico**. São Paulo; 1997 [Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Osava, R.H.; Ortiz, A.C.V.; Magalhães, I.K.; Nakashima, M.; Muta, M.M.; Santos, T.S. Relatório descritivo das atividades da Casa de Parto de Sapopemba - outubro de 1998 a junho de 2000, Fundação E.J. Zerbini/Secretaria de Estado da Saúde, Programa Saúde da Família - PSF/QUALIS 2
- Paim, H.H.S. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares em Duarte, L.F.D. e Ondina, O.L., organizadores. **Doença, Sofrimento, Pertubação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 1998, p. 31-47.
- Pappas, G. Some implications for the study of the doctor-patient interaction: power, structure and agency in the works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman. **Soc. Sci. Med.** 1990; 30 (2): 199-204.

- Pinto, E.F. & Blaich, M. & Cremer, U. **Medicina Para Quem? Um exemplo de atuação médico-social: alternativa entre massificação e elitismo.** São Paulo: Editora Antroposófica; 1990.
- Pizzini, F. The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards. **Health Promotion** 1989; 4 (1): 1-10.
- Pizzini, F. Communication hierarchies in humour: gender differences in the obstetrical/gynaecological setting. **Discourse & Society** 1991;2(4): 477-488.
- Priore, M.D. **Ao Sul do Corpo. Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia.** Rio de Janeiro: José Olympio Editora; 1993.
- Rabelo, M.C. Religião e Cura: Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cad. Saúde Pub** 1993. 1994; 9(3)316-25.
- Ram, K. & Jolly, M. Maternities and moderinities: colonial and postcolonial experiences In: **Asia and the Pacific**. Cambridge: Cambridge University press; 1998.
- Ramos, C.L. **A Gente de Londres.** Campinas (SP); 1976.[Dissertação de mestrado, IFCH, UNICAMP, II vol.]
- Rattner, D. Operação Cesariana resenha de Rezende, J. (org.) **Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 7<sup>a</sup>. ed.; 1995, cap.49, p.1100-61. [em **Notas Sobre Nascimento e Parto** 1998, Ano III, 5.].
- Rattner, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesáreas do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública** 1996; 30(1):1-17.
- Rehder, S. SES combate mortalidade materna. **Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde** 1996; 1(1): 6.
- Rezende, J. Vácuo Extrator. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2<sup>a</sup> ed.; 1969, p. 1080 - 1083.

- Ribeiro, A.F. **Mortalidade Materna no Município de São Paulo: Análise segundo diferentes fontes, 1994 e 1995.** São Paulo; 1999 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Riesco, M.L. **Que Parteira é Essa?**. São Paulo; 1999 [Tese de Doutorado- Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP].
- Rothman, B.K. **In Labor: Women and Power in the Birthplace.** New York/London: W.W. Norton & Company; 1982.
- Sakala, C. Midwifery Care and Out-of-Hospital Birth Setting: How do they reduce unnecessary cesarean section births? **Soc.Sci.Med.** 1993; 37(10):1233-50. SANTOS, B.S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: Bela Feldman-Bianco, org. **Identidades: estudos de cultura e poder.** São Paulo: Hucitec; 2000, p. 19-39.
- Salém, T. O casal igualitário: princípios e impasses. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** 1989; 3 (9): 24-37.
- Schraiber, L.B. **O Médico e seu Trabalho.** São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
- Secretaria De Estado Da Saúde. **Roteiro de Avaliação e Critérios para Classificação de Maternidade.** São Paulo: Grupo de Trabalho sobre Roteiro de Avaliação e Critérios para Classificação de Maternidade; 1996.
- Secretaria De Estado Da Saúde. **Mortalidade Infantil e Materna no Estado de São Paulo:1994-1995.** São Paulo: Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS); Centro Técnico de Informações da Saúde (CIS); e, Grupo de Avaliação Técnica de Saúde (GATS); 1997.
- Singer, M. & Baer, H. Cure, care and control. In: **Critical Medical Anthropology.** Amityville: Baywood Publishing Company; 1995, p. 329 - 348.



- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BENFAM **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde - PNDS – 1996**. BENFAM, 1997.
- Sosa, R.; Kennell, J.; Klaus, M.; Robertson, S; Urrutia, J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction In: **The New England Journal of Medicine** 1980; 11(303): 597-600.
- Spring Vincent, J. Agrarian society as organized flow: Processes of development past and present. **Peasant Studies** 1977; vol. VI, 2.
- Springer, N.P. Home birth. Safe in selected women, and with adequate infrastructure and support. **BMJ** 1996; 313(7068) Editorial.
- Stack, C. **All Our Kin**. New York: Harper; 1975.
- Starr, P. **The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry**. New York: Basic Books; 1982.
- Tanaka, A C D. **Maternidade: Um Dilema entre Nascimento e Morte**, S.P.-R.J.: Hucitec/Abrasco; 1995.
- Taube, M.J.M. **De Migrantes a Favelados: estudo de um processo migratório**. Campinas(SP): Editora da Unicamp; 1986, II vol.
- Taussig, M.T. Reification and the Consciousness of the Patient. **Social Science and Medicine** 1980; 14B(1):3-14.
- Tew, M. **Safer Childbirth? A critical history of maternity care**. second edition; New York: Chapman & Hall; 1995 (First edition 1990).
- Tsuneshiro, M.A. **A Formação da Enfermeira Obstétrica no Estado de São Paulo**. São Paulo; 1987 [Tese de doutoramento - Faculdade de Enfermagem da USP].
- Turnbull, C. M. **The Human Cycle**. New York: Touchstone; 1984.
- Turner, V.W. **Dramas, Fields and Metaphors**, Ithaca: Cornell University Press; 1974.

- Turner, V. W. & Bruner, E.M., eds. **The Anthropology of Experience**. Urbana: University of Illinois Press; 1986.
- Turner, V. W. **O Processo Ritual. Estrutura e Antiestrutura**. Petrópolis: Editora Vozes; 1974.
- Turner, V. W. **Schism and Continuity in an African Society**. Manchester: Manchester University Press; 1957.
- Unglert, C.V.de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde, **Rev. Saúde públ** 1990; 24(6): 445-52.
- Van Gennep, **A The Rites of Passage**. Chicago: The University of Chicago Press; 1960. (primeira edição 1908)
- Van Hollen, C. Perspectives on the Anthropology of Birth. **Culture, Medecine and Psychiatry** 1994; (18): 501-12.
- Van Hollen, C.C. **Birth on the Threshold: Childbirth and Modernity among Lower Class Women in Tamil Nadu, South India**. Berkeley; 1998 [Doctoral dissertation presented at the Department of Medical Anthropology, University of California].
- Wagner, M. A global witch-hunt. **Lancet** 1995; 346(14):1020-22.
- Wolman, W-L.; Chalmers, B.; Hofmeyr, G.J.; Nikodem, V.C. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized, controlled study. **Am J Obstet Gynecol** 1993; (168): 1388-93.
- World Health Organization. Safe Motherhood. **Care in Normal Birth: a practical guide**. Report of a Technical Working Group. Geneva; 1996.
- World Health Organization. **World Health Day 1998. Safe Motherhood**. Geneva; 1998.